

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA
NY.T.R.H DI PUSKESMAS KUPANG KOTA
TANGGAL 05 MARET S/D 06 JUNI
TAHUN 2018



OLEH :

MIRIAM MITA KALEMUDJI
152111083

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
STIKES CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2019

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA
NY.T.R.H DI PUSKESMAS KUPANG KOTA
TANGGAL 05 MARET S/D 06 JUNI
TAHUN 2018

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



OLEH :

MIRIAM MITA KALEMUDJI
152111083

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
STIKES CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2019

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul "**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.T.R.H DI PUSKESMAS KUPANG KOTA TANGGAL 05 MARET S/D 06 JUNI**", telah disetujui dan diajukan dalam Seminar Laporan Tugas Akhir mahasiswa atas nama : Miriam Mita Kalemudji, NIM : 152111083 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, Juni 2019

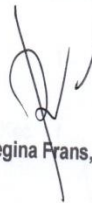
Menyetujui

Pembimbing I



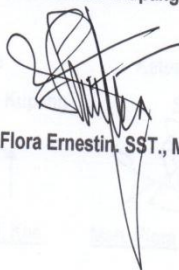
Theresia Mindarsih, SST, M.Kes

Pembimbing II



Regina Frans, SST

Ketua
Program Studi D III Kebidanan
STIKes CHM-Kupang



Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA
NY.T.R.H DI PUSKESMAS KUPANG KOTA
TANGGAL 05 MARET S/D 06 JUNI
TAHUN 2018

Oleh

MIRIAM MITA KALEMUDJI

NIM : 152111083

Telah diujikan Didepan Dewan Penguji Laporan Tugas Akhir
program studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang
Pada Tanggal:....., 2019

Menyetujui,

Ketua penguji	Frida S. Pay SST, M. Kes	(.....)
Penguji I	Theresia Mindarsih, SST, M.Kes	(.....)
Penguji II	Regina Frans, SST	(.....)

Mengetahui

Ketua STIKes
Citra Husada Mandiri Kupang


Hrg. Jeffrey Jap, M. Kes

Ketua Prodi Kebidanan
STIKes CHMK


Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Miriam Mita Kalemudji

NIM : 152111083

Program Studi : D III Kebidanan

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. T. R. H di Puskesmas Kupang Kota Tanggal 05 Maret S/D 06 Juni 2018. Demikian surat pernyataan ini saya buat, apabila dikemudian hari nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Kupang,.....2019

Yang Menyatakan

Miriam Mita Kalemudji
152111083

BIODATA

Nama : Miriam Mita Kalemudji

Tempat Tanggal Lahir : Takari, 11 Mei 1997

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Asrama STIKes CHM-K

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD NEGERI BOKONG 2 TAKARI Kecamatan Takari Tahun 2009
2. Tamat SMP NEGERI 5 SATU ATAP TAKARI Kecamatan Takari Tahun 2012
3. Tamat SMA NEGERI 1 TAKARI Kecamatan Takari Tahun 2015
4. 2015 – sekarang penulis menempuh pendidikan Diploma III Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.

MOTTO :

Janganlah hendaknya kamu kuatir tentang apapun juga, tetapi nyatakanlah dalam segala hal keinginanmu kepada Allah dalam Doa dan permohonan dengan ucapan syukur

(Filipi 4: 6)

Kupersembahkan Laporan Tugas Akhir Ini kepada Tuhan Yesus, yang tersayang Bapa Ruben Kalemudji, Mama Yuliana Taseseb-Kalemudji, kakak Dedi Ariyanto Kalemudji dan Adik Alvianus Kalemudji dan Sahabatku tersayang. Terima Kasih Atas Cinta, doa Dan Dukungan Yang diberikan

ABSTRAK

STIKes CHMK
Prodi DIII Kebidanan
Laporan Tugas Akhir
2018

Miriam Mita Kalemudji

**Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. T.R.H Di Puskesmas Kupang
Kota Tanggal 05 Maret S/D 06 Juni Tahun 2018**

Latar Belakang: Masalah kesehatan ibu dan anak masih menjadi masalah nasional yang perlu mendapat prioritas utama karena sangat menentukan kualitas sumber data pada generasi mendatang. Tingginya angka kematian ibu dan kematian bayi sertalambatnya penurunan kedua angka tersebut menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak sangat perlu ditingkatkan yaitu dengan dilakukannya asuhan kebidanan komperhensif pada ibuhamil Trimester III sampai program Keluarga Berencana diharapkan memberikan kontribusi dalam upaya menurunkan AKI dan AKB di Indonesia serta tercapai Kesehatan Ibu dan Anak yang optimal.

Tujuan Penelitian: Mahasiswa mampu menerapkan asuhan kebidanan komperhesif pada Ny. T. R. H di Puskesmas Kupang Kota dengan pendekatan Manajemen Kebidanan dan pendokumentasian SOAP.

Metode Penelitian: Laporan Tugas Akhir menggunakan metode penelaan kasus, lokasi studi kasus di Puskesmas Kupang Kota, subjek Ny. T. R. H, dilaksanakan tanggal 05 Maret sampai 28 Maret 2018 menggunakan format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan, teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder, populasinya adalah semua ibu hamil trimester III dan sampelnya adalah ibu G₁P₀A₀AH₀.

Hasil dan Pembahasan: Ny. T. R. H selama masa kehamilannya ibu dalam keadaan Normal, proses persalinan ibu mengalami kendala yaitu partus lama serta PEB, mendapat jahitan karena adanya laserasi derajat 2, pada masa nifas involusi berjalan normal, bayi dalam keadaan sehat, konseling ber-KB ibu memilih metode MAL

Simpulan: Penulis telah menerapkan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. T. R. H ditandai dengan ibu sudah mengikuti semua anjuran, selama hamil berjalan dengan normal, melahirkan di fasilitas kesehatan, masa nifas berjalan normal, dan bayi dalam keadaan sehat.

Kata Kunci: Asuhan Kebidanan Komprehensif, Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas, Keluarga Berencana

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur Penulis panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa karena atas Berkat dan Perlindungan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik. Laporan Tugas Akhir ini penulis ajukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada program studi D III Kebidanan STIKES CHM-K dengan judul *"ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF DI PUSKESMAS KUPANG KOTA TANGGAL 05 MARET S/D 06 JUNI TAHUN 2018"*.

Bersama ini perkenalkan saya mengucapkan terima kasih sebesar – besarnya kepada Theresia Mindarsih, SST, M.Kes selaku pembimbing I dan Regina Frans, SST selaku pembimbing II yang telah membimbing dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri yang telah memperkenalkan Mahasiswa menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
3. Merry F. Ernestin SST. M. kes selaku Ketua Prodi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
4. drg. Shinta R. D. Ndaumanu, M. Kes selaku Kepala Puskesmas Kupang Kota dan Jeni Nurmawati SST. M. Kes serta para staf yang telah memberikan kesempatan dan membimbing penulis dalam melakukan studi kasus di Puskesmas Kupang Kota.
5. Frida S. Pay, SST., M. Kes selaku ketua penguji yang telah mengarahkan dan menguji Penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik.
6. Para Dosen Kebidanan yang membekali penulis dengan materi-materi dalam ruangan lingkup pelayanan kebidanan sehingga penulis memperoleh pengetahuan yang berguna dalam menyelesaikan studi kasus ini.
7. Ny "T.R.H" beserta Keluarga Besar yang telah mendukung penulis dalam pengambilan data penelitian.
8. Kedua orang tua saya Bapak tercinta Ruben Kalemudji dan Mama tercinta Yuliana Taseseb-Kalemudji yang telah membesarkan, membimbing, mengasuh, mendidik, membiayai, mendukung dan selalu mendoakan saya dalam penyelesaian studi kasus ini. Yang tersayang kaka Yanto, dan adik Alvin. Yang tercinta, Semua keluarga besar kalemudji, Taseseb, Mangngi, dan Wie Lede yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu yang selalu setia, tulus, sabar dan penuh kasih sayang mendukung dan selalu mendoakan penulis dalam meraih cita-cita.

9. Teman-Teman kebidanan angkatan VIII, kelas B, Asrama STIKes CHM-K serta sahabat–sahabatku “Ivon, Thisa, Erlin, Mesi, Lia, Aine, Yeni, Indah, Jhely, Rely, Desi, Winta, Shanti, Yansri, Sancha, dan K Dece” yang selalu membantu dan memberikan semangat. serta yang setia menemani dan membantu penulis dalam penyelesaian studi kasus ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini sangat diharapkan untuk lebih dapat bermanfaat. Akhir kata Penulis mengucapkan terima kasih.

Kupang, 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	
Lembar Persetujuan.....	i
Lembar Pengesahan	ii
Lembar Pernyataan	iii
Abstrak	Vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	x
Daftar gambar.....	xi
Daftar Lampiran.....	xii
Daftar Singkatan.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.5 Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN TEORI	
2.1 Konsep Dasar Teori.....	11
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan	11
2.1.2 Konsep Dasar Persalinan	57
2.1.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	158
2.1.4 Konsep Dasar Nifas.....	190
2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana	243
2.2 Pathway	265
2.3 Manajemen Asuhan Kebidanan	266
2.4 Kewenangan Bidan	270
2.4 Konsep Asuhan Kebidanan	278
BAB III METODE LAPORAN KASUS	
3.1 Desain penelitian	363
3.2 Kerangka Kerja	364
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	365
3.4 Subyek Kasus	365
3.5 Teknik Pengumpulan Data	366
3.6 Alat Dan Bahan.....	367
3.7 Etika Penelitian	370
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	372
4.2 Hasil Penelitian	373
4.3 Pembahasan	452
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan.....	483
5.2 Saran	484
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil.....	20
Tabel 2.2	Anjuran Makan Sehari Untuk Ibu Hamil.....	23
Tabel 2.3	Skor Peodijirochjati.....	35
Tabel 2.4	Pengukuran Tinggi Fundus Uteri Menggunakan Jari	42
Tabel 2.5	Interval Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Lengkap ..	43
Tabel 2.6	Sistem Penilaian Pelvik Score Bishop	131
Tabel 2.7	Berbagai Regimen Oksitosin Dosis	138
Tabel 2.8	Kecepatan Infus Oksitosin Untuk Induksi Persalinan	140
Tabel 2.9	Kecepatan infus oksitosin lanjutan untuk induksi persalinan	141
Tabel 2.10	perkembangan sistem polmoner.....	160
Tabel 2.11	Nilai APGAR Bayi Baru Lahir	173
Tabel 2.12	perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum...	197
Tabel 2.13	Tinggi Fundus Uteri	347

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 1 Pathway.....	265
GAMBAR 2 Kerangka Kerja	364

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Persetujuan Responden

Lampiran 2 Lembar Partograf

Lampiran 3 Lembar Catatan induksi ocxytosin

Lampiran 3 Dokumentasi

Lampiran 4 score Puji Rochyati

DAFTAR SINGKATAN

AC	: Air Conditioner
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AK	: Air Ketuban
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahin
AKN	: Angka Kematiaan Neonatal
ANC	: Ante Natal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APGAR	: Appearane, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
ASEAN	: Association Of Southest Asian Nations
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BAKSOKUDAPN	: Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang Darah Dan Doa, Posisi, Nutrisi
BCG	: <i>Bacillus Calmette-Guerin</i>
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendan
BBMK	: Bayi Besar Untuk Masa Kehamilan
BH	: <i>BusteHounder</i>
BKMK	: Bayi Kecil Untuk Masa Kehamilan
BTA	: Basil TahanAsam
CC	: Corps Consulaire
Cm	: Centi Meter
CPR	: <i>Cangraceptive Prevalence Rate</i>
Dasolin	: Dana Sosial Ibu Bersalin
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Melitus
DMG	: Diabetes Melitus Gestasional
DMPA	: Depo Medroxy Progesterone Acetat
DPT	: Difteri Pertusi Tetanus
DTT	: Dekontaminasi Tingkat Tinggi
EASI	: EkstraAmnionikSalin Infusion
EDC	: <i>Astimated Date Of Confinement</i>
EDD	: <i>Estimated Date of Delivery</i>
FOGI	: Federasi Obstetri Ginekologi Internasional
FSH	: Folikel Stimulating hormon
Gr	: Gram
HB	: Haemoglobin

HCG	: <i>Hormon Chorionik Gonaotropin</i>
HDK	: Hipertensi Dalam Kehamilan
HIV	: <i>Human Immunology Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid terakhir
HPL	: <i>Hormone Plasenta Laktogen</i>
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IM	: Intramuskular
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IMT	: Indeks Massa Tubuh
INC	: <i>Intranatal Care</i>
IUGR	: Intrauterin Growth Retardation
IUFD	: <i>Intra Uteri Fetal Death</i>
IU	: Internasional Unit
IUD	: Intra Uterin
ISK	: Infeksi Saluran Kencing
IV	: Intra Vena
K1	: Kunjungan trimester I
K4	: Kunjungan trimester III
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronis
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KEP	: Kurang Energi Protein
KF	: Kunjungan Nifas
Kg	: Kilogram
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KN	: Kunjungan Neonatus
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KSPR	: KartuSkorPoedjiRochjati
LBK	: Letak Belakang Kepala
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MAK	: ManajemenAktif Kala
MAL	: Metode Amenorhea Laktasi
MGDs	: Millenium Development Goals
MP-ASI	: MakananPendamping Air Susulbu
Mg	: Miligram
MI	: MiliLiter
Mm	: Mili Meter
MOP	: Metode Operasional Pria
MOW	: Metode Operasional Wanita
NaCl	: Natrium Klorida
Nakes	: Tenaga Kesehatan

NCB	: Neonatus Cukup Bulan
NKKBS	: Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera
NTT	: Nusa Tenggara Timur
OUE	: Ostium Uteri Eksternal
OUI	: Ostium Uteri Internum
P1	: Partus pertama (persalinan)
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
PEB	: Preeklamsi Berat
PBP	: Pintu Bawah Panggul
pH	: <i>Potential of Hydrogen</i> (ukuran konsentrasi ion hydrogen)
PI	: Pencegahan Infeksi
PITC	: <i>Provider Initiated Testing And Counseling</i>
PJT	: Pertumbuhan Janin Terhambat
PKK	: Pendidikan Kesejahteraan Keluarga
PKM	: Puskesmas
PNC	: <i>Postnatal Care</i>
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PTT	: Pegawai Tidak Tetap
PTS	: Penduduk Tumbuh Seimbang
PUS	: Pasangan Usia Subur
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PUP	: Pendewasaan Usia Perkawinan
RENSTRA	: Rencana Strategi Kementerian Kesehatan
RL	: Ringer Lactate
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
RPJM	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RTP	: Ruang Tengah Panggul
SAB	: Segmen Bawah Rahim
SAR	: Segmen Atas Rahim
SC	: <i>Secsio Caesarea</i>
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SMK	: Sesuai Masa Kehamilan
SOAP	: Subyektif, Obyektif, Analisa Masalah, Penatalaksanaan
SUPAS	: Survei Penduduk Antar Sensus
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberculosis
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TFR	: <i>Total Fertility Rate</i>
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: Tetanus Toxoid

TTV	: Tanda-Tanda Vital
TP	: Tafsiran Persalinan
UU	: Undang-Undang
UK	: Usia Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
VT	: Vaginal Toucher
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WUS	: Wanita Usia Subu

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kesehatan ibu dan anak masih menjadi masalah nasional yang perlu mendapat prioritas utama karena sangat menentukan kualitas sumber data pada generasi mendatang. Tingginya angka kematian ibu dan dan kematian bayi serta lambatnya penurunan kedua angka tersebut menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak sangat perlu ditingkatkan.

Asuhan kebidanan komprehensif adalah pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium sederhana dan konseling. Asuhan kebidanan komperhensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan berkesinambungan diantaranya asuhan kebidanan kehamilan (*antenatal care*), asuhan kebidanan persalinan (*intranatal care*), dan asuhan kebidanan bayi baru lahir (*neonatal care*). Bidan mempunyai peran yang sangat penting dengan memberikan asuhan kebidanan yang berfokus pada perempuan secara berkelanjutan (*continuyity of care*).

Menurut definisi WHO “kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah

berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan” (Saifuddin, 2014). World Health Organization (WHO) memperkirakan sekitar 15% dari seluruh wanita hamil akan berkembang menjadi komplikasi yang berkaitan dengan kehamilannya dan dapat mengancam jiwanya (Marmi, 2011). Dan sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di Sembilan Negara maju dan 51 negara persemakmuran (Walyani, 2015). Masalah kesehatan Ibu dan Anak merupakan masalah internasional yang penanganannya termasuk dalam SDG's (*Sustainable Development Goals*). Target SDG's pada tahun 2030 mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah dengan seluruh Negara berusaha menurunkan AKN setidaknya hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 25 per 1.000 kelahiran hidup (Bappenas, 2016).

Hasil Demografi Dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga di kawasan ASEAN. Pada

tahun 2012, ketika AKI di Indonesia mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI,2012). AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 (Profil Kesehatan Indonesia, 2015). Perhatian terhadap upaya penurunan AKN (0-28 hari) juga menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Berdasarkan SDKI tahun 2012, AKN sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Hasil SUPAS 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDGs 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Laporan profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Kupang se-Propinsi NTT tahun 2015 menunjukkan bahwa konversi AKI Per 100.000 Kelahiran Hidup selama periode 3 (tiga) tahun (Tahun 2013-2015) mengalami fluktuasi. Jumlah kasus kematian ibu 2013 sebesar 176 kasus atau 185,6 per 100.000 KH, selanjutnya pada tahun 2014 menurun menjadi 158 kasus atau 169 per 100.000 KH, sedangkan pada tahun 2015 meningkat menjadi 178 kasus kematian atau 183 per 100.000 KH. (profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Propinsi NTT, 2015).

Hasil konversi jumlah kasus kematian pada bayi mengalami fluktuasi dari tahun 2013-2015, pada tahun 2013 kasus

kematian bayi 1.286 kematian atau 13,5 per 1000 kelahiran hidup, dan selanjutnya pada tahun 2014 kematian bayi ini menjadi 1.280 kasus atau 14 per 1000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2015 1.388 (11 per 1000 kelahiran hidup). (Profil Kesehatan Kabupaten/Kota se-provinsi NTT, 2015)

AKI di Kota Kupang sebesar 60.000 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah absolut kematian pada tahun 2015 berjumlah 5 kasus dengan rincian 4 kasus kematian terjadi di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, dan 1 kasus kematian pada saat rujukan ibu bersalin. Rincian penyebab kematian 3 kasus disebabkan oleh *preeklamsa*, 1 kasus karena *cardiac arrest*, 1 kasus ibu hamil dengan infeksi. Untuk itu diharapkan ke depannya Dinas Kesehatan Kota Kupang terus berupaya untuk mempercepat akselerasi penurunan AKI di wilayah Kota Kupang melalui upaya-upaya inovatif lainnya dalam pengawasan ibu hamil, bersalin dan nifas (Profil Dinas Kesehatan Kota Kupang, 2015).

AKB di Kota Kupang pada tahun 2015 sebesar 3,88 per 1.000 kelahiran hidup. Selain itu pada tahun 2015 dari data yang dikumpulkan Bidang Kesehatan Keluarga sekitar 32 kasus kematian bayi dari 8252 kelahiran hidup, sedangkan untuk kasus lahir mati berjumlah 39 kasus kematian, kasus kematian yang dikategorikan lahir mati adalah kelahiran seorang bayi dari

kandungan yang berumur paling sedikit 28 minggu tanpa menunjukkan tanda-tanda kehidupan. Penyebab kematian bayi sendiri sebagian besar masih didominasi oleh Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan asfiksia, dimana penyebab kasus kematian akibat BBLR sebanyak 10 kasus dan asfiksia sebanyak 12 kasus, selain itu ada juga kematian diakibatkan infeksi sebanyak 3 kasus, permasalahan laktasi 2 kasus, kejang demam 2 kasus, dan lain-lain sebanyak 3 kasus (Profil Dinas Kesehatan Kota Kupang, 2015).

Data yang didapat dari Puskesmas Kupang Kota pada tahun 2017, jumlah ibu hamil sebanyak 230 orang. Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC pertama (K1) sebanyak 230 orang (100%), yang mendapat pelayanan ANC keempat (K4) sebanyak 187 orang (81%), jumlah ibu bersalin sebanyak 220 orang. jumlah ibu yang bersalin difasilitas kesehatan sebanyak 174 orang (79%), jumlah kunjungan nifas yang pertama (KF1) sebanyak 174 orang (79%) jumlah kunjungan nifas yang ketiga (KF3) sebanyak 144 orang (65%), kunjungan neonatus pertama (KN1) sebanyak 174 orang (79%) dan kunjungan neonatus lengkap (KN3) sebanyak 158 orang (71%). Jumlah peserta KB aktif sebanyak 572 orang. (Profil Kesehatan Puskesmas Kupang Kota, 2017).

COC (*Continuity of care*) merupakan asuhan kebidanan berkesinambungan yang diberikan kepada ibu dan bayi yang dimulai pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru, nifas dan KB (Irawati, 2012). Pelaksanaan COC (*continuity of care*) dilakukan dengan pengembangan model One Student One Client (OSOC) yang merupakan model pelayanan kesehatan dengan melibatkan satu mahasiswa mendampingi satu klien.

Bidan memberikan asuhan kebidanan komperhensif, mandiri dan bertanggung jawab terhadap asuhan yang sepanjang siklus kehidupan perempuan (Varney, 2006). *Midwifery care* (Asuhan Kebidanan) adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggungjawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir dan keluarga berencana (Purwoastuti dan Walyani, 2014).

Berdasarkan urain diatas penulis tertarik untuk menyusun Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. T. R. H Di Puskesmas Kupang Kota tanggal 5 Maret- 06 Juni Tahun 2018”, dengan menggunakan pendekatan Manajemen Kebidanan dan pendokumentasian SOAP.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas dapat dirumuskan sebagai berikut: “Bagaimanakah Penerapan Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. T.R H Di Puskesmas kupang Kota Tanggal 5 Maret – 06 Juni Tahun 2018”, dengan menggunakan pendekatan Manajemen Kebidanan dan pendokumentasian SOAP?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan kebidanan komprehensif Pada Ny. T. R. H Di Puskesmas Kupang Kota Tanggal 05 Maret – 06 Juni Tahun 2018, dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu T. R. H Di Puskesmas Kupang Kota di harapkan Mahasiswa mampu :

1. Mengidentifikasi Data Subyektif Dan Obyektif pada Ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana

2. Mengidentifikasi Diagnosa Masalah Pada Ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana
3. Mengidentifikasi Masalah Potensial yang dapat terjadi pada Ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana.
4. Mengidentifikasi Kebutuhan Segera Pada Ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana.
5. Merencanakan tindakan asuhan kebidanan pada Ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.
6. Melakukan pelaksanaan atas rencana manajemen yang telah direncanakan pada Ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.
7. Mengevaluasi asuhan kebidanan pada Ibu hamil, bersalin, nifas, dan keluarga berencana.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan pertimbangan untuk menambah wawasan tentang asuhan kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

1.4.2 Manfaat Aplikatif

1. Institusi

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan asuhan kebidanan berkelanjutan serta dapat dijadikan acuan untuk penelitian lanjutan.

2. Profesi Bidan

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan.

3. Klien dan Masyarakat

Hasil studi kasus ini dapat meningkatkan peran serta klien dan masyarakat untuk mendeteksi dini terhadap komplikasi dalam kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

4. Pembaca

Hasil studi kasus ini dapat menjadi sumber pengetahuan bagi para pembaca mengenai asuhan kebidanan secara berkelanjutan.

1.5 Sistematika penulisan

Dalam penulisan LTA (Laporan Tugas Akhir) ini dibagi menjadi lima BAB, yaitu:

BAB I pendahuluan yang berisi tentang: Latar belakang, Rumusan Masalah, Tujuan penelitian, Manfaat penelitian, Sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori yang berisi tentang: Konsep dasar teori, konsep dasar kehamilan, nifas, BBL, Keluarga Berencana, standar asuhan kebidanan, kewenangan bidan, Asuhan kebidanan, Asuhan kebidanan 7 langkah varney dan Kerangka pemikiran.

BAB III Metodologi penelitian yang berisi tentang: desain penelitian, lokasi dan waktu penelitian, subyek kasus, teknik pengumpulan data, alat dan bahan serta etika penelitian.

BAB IV Tinjauan Kasus dan Pembahasan yang berisi tentang: gambaran lokasi penelitian dan tinjauan kasus.

BAB V penutup berisi tentang: Kesimpulan dan saran.

Daftar Pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Manuaba, 2009). Menurut federasi obstetri ginekologi internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan (Prawirohardjo, 2010).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. perhitungan dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Walyani, 2015).

2. Tanda - Tanda Kehamilan Trimester III

Menurut Romauli (2011) tanda pasti kehamilan adalah sebagai berikut :

a. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin dengan stetoskop Leanec pada minggu 17-18, Pada orang gemuk lebih lambat, dengan stetoskop ultrasonic (Doppler) DJJ dapat didengar lebih awal lagi sekitar minggu ke-12. Melakukan auskultasi pada janin bisa juga mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain, seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu.

b. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-28 minggu pada multigravida, karena pada usia kehamilan tersebut ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi. Ibu primigravida dapat merasakan gerakan janin pada usia kehamilan 18-20 minggu.

c. Tanda *Braxton-hiks*

Uterus yang dirangsang mudah berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil, pada keadaan uterus yang membesar tapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri maka tanda ini tidak ditemukan.

3. Klasifikasi Usia Kehamilan

Menurut Marmi (2014), usia kehamilan dibagi menjadi :

- a. Kehamilan Triwulan I : 0- 12 minggu
- b. Kehamilan Triwulan II: 12- 28 minggu
- c. Kehamilan Triwulan III : 28-40 minggu

4. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan Trimester III

a. Perubahan Fisiologi

Trimester III adalah sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada kehamilan trimester akhir, ibu hamil akan merasakan ketidak nyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan (Pantikawati, 2010).

Menurut Pantikawati tahun 2010 perubahan fisiologi ibu hamil trimester III kehamilan sebagai berikut :

1) Uterus

Trimester III itmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi Segmen Bawah Rahim (SBR). Kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah rahim yang lebih tipis. Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus.

2) Sistem payudara

Trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat, pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Kehamilan 34 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.

3) Sistem traktus urinarius

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul yang menyebabkan keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali.

4) Sistem pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat, selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral.

5) Sistem respirasi

Kehamilan 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas.

6) Sistem kardiovaskuler

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi semacam pengenceran darah hemodilusi mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 minggu, serum darah dan volume darah juga bertambah sebesar 25-30%. Selama kehamilan dengan adanya peningkatan volume darah pada hampir semua organ dalam tubuh, maka akan terlihat adanya perubahan yang signifikan pada sistem kardiovaskuler.

7) Sistem integumen

Kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan striae gravidarum. Ibu multipara, selain striae kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Kebanyakan

perempuan kulit digaris pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang muncul dalam ukuran yang variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melasma gravidarum, selain itu pada areola dan daerah genetalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan.

8) Sistem muskuloskeletal

Sendi pelvik pada kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan. Pergerakan menjadi sulit dimana struktur ligament dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat. Wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan. Lordosis progresif merupakan gambaran karakteristik pada kehamilan normal selama trimester akhir rasa pegal, mati rasa dan lemah dialami oleh anggota badan atas yang disebabkan lordosis yang besar dan fleksi anterior leher.

9) Sistem metabolisme

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15% - 20% dari semula terutama pada trimester ke III. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Kebutuhan makanan diperlukan protein tinggal $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari dan zat besi, 800 mgr atau 30-50 mgr sehari. Ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air (Romauli, 2011).

10) Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

Kenaikan berat badan sendiri sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat dua. Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, jika terdapat keterlambatan dalam penambahan berat badan ibu ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra uteri (Romauli, 2011).

11) Sistem darah dan pembekuan darah

a) Sistem darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan intraseluler adalah cairan yang disebut plasma dan di dalamnya terdapat unsur-unsur padat, sel darah. Volume darah secara keseluruhan kira-kira 5 liter. Sekitar 55% nya adalah cairan sedangkan 45% sisanya terdiri atas sel darah. Susunan darah terdiri dari air 91,0%, protein 8,0% dan mineral 0.9% (Romauli, 2011).

b) Pembekuan darah

Pembekuan darah adalah proses yang majemuk dan berbagai faktor diperlukan untuk melaksanakan pembekuan darah sebagaimana telah diterangkan. Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin. Trombin tidak ada dalam darah normal yang masih dalam pembuluh. Protrombin yang kemudian diubah menjadi zat aktif trombin oleh kerja trombokinase. Trombokinase atau tromboplastin adalah zat penggerak yang dilepaskan ke darah ditempat yang luka (Romauli, 2011).

c) Sistem persyarafan

Perubahan fungsi sistem neurologi selama masa hamil, selain perubahan-perubahan neurohormonal hipotalamus-hipofisis. Perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuscular berikut: kompresi saraf panggul atau

statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensorik di tungkai bawah, lordosis dan dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf, hipokalsemia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuscular, seperti kram otot atau tegang, nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsan dan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi awal kehamilan, nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya, akroestesia (gatal ditangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan pada beberapa wanita selama hamil, edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir kehamilan (Romauli, 2011).

b. Perubahan Psikologi pada Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua. Adapun perubahan psikologi antara lain: rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya, khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya, merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya, merasa kehilangan perhatian, perasaan mudah terluka (sensitif), libido menurun (Pantikawati, 2010)

5. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Walyani tahun 2015 kebutuhan fisik seorang ibu hamil adalah sebagai berikut :

a. Nutrisi

Tabel 2.1 Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Kebutuhan Tidak Hamil/Hari	Tambahan Kebutuhan Hamil/Hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gram	8-12 gram

Lemak	53 gram	Tetap
Fe	28 gram	2-4 gram
Ca	500 mg	600 mg
Vitamin A	3500 IU	500 IU
Vitamin C	75 mg	30 mg
Asam Folat	180 gram	400 gram

Sumber : Kritiyanasari, 2010

1) Energi/Kalori

Sumber tenaga digunakan untuk tumbuh kembang janin dan proses perubahan biologis yang terjadi dalam tubuh yang meliputi pembentukan sel baru, pemberian makan ke bayi melalui plasenta, pembentukan enzim dan hormon penunjang pertumbuhan janin, untuk menjaga kesehatan ibu hamil, persiapan menjelang persalinan dan persiapan laktasi, kekurangan energi dalam asupan makan akan berakibat tidak tercapainya berat badan ideal selama hamil (11-14 kg) karena kekurangan energi akan diambil dari: karbohidrat sederhana seperti (gula, madu, sirup), karbohidrat kompleks seperti (nasi, mie, kentang), lemak seperti (minyak, margarin, mentega).

2) Protein

Diperlukan sebagai pembentuk jaringan baru pada janin, pertumbuhan organ - organ janin, perkembangan alat kandungan ibu hamil, menjaga kesehatan, pertumbuhan plasenta, cairan amnion, dan penambahan volume darah. Kekurangan asupan protein berdampak buruk terhadap janin seperti IUGR, cacat bawaan, BBLR dan keguguran. Sumber protein dapat diperoleh dari sumber protein hewani yaitu daging, ikan, ayam, telur dan sumber protein nabati yaitu tempe, tahu, dan kacang-kacangan.

3) Lemak

Dibutuhkan sebagai sumber kalori untuk persiapan menjelang persalinan dan untuk mendapatkan vitamin A,D,E,K.

4) Vitamin

Dibutuhkan untuk memperlancar proses biologis yang berlangsung dalam tubuh ibu hamil dan janin.

a) Vitamin A : pertumbuhan dan pemeliharaan kesehatan jaringan tubuh.

b) Vitamin B1 dan B2 : penghasil energi.

c) Vitamin B12: membantu kelancaran pembentuka sel darah merah.

d) Vitamin C : membantu meningkatkan absorbs zat besi.

e) Vitamin D : membantu absorpsi kalsium.

5) Mineral

Diperlukan untuk menghindari cacat bawaan dan defisiensi, menjaga kesehatan ibu selama hamil dan janin, serta menunjang pertumbuhan janin. Beberapa mineral yang penting antara lain kalsium, zat besi, fosfor, asam folat, yodium.

6) Faktor yang mempengaruhi gizi ibu hamil

Usia, berat badan ibu hamil, aktivitas, kesehatan, pendidikan, pengetahuan, ekonomi, kebiasaan dan pandangan terhadap makanan, diet pada masa sebelum hamil dan selama hamil, lingkungan dan psikologi.

7) Pengaruh status gizi terhadap kehamilan

Status gizi ibu hamil yang buruk, dapat berpengaruh pada janin seperti kegagalan pertumbuhan, BBLR, premature, lahir mati, cacat bawaan, keguguran, pada ibu hamil seperti anemia, produksi ASI kurang. Persalinan : SC, pendarahan, persalinan lama.

8) Menyusun menu seimbang bagi ibu hamil (Kritiyanasari, 2010)

Bahan Makanan	Wanita Tidak Hamil	Ibu Hamil		
		Trimester I	Trimester II	Trimester III
Makanan pokok	3 porsi	4 porsi	4 porsi	4 porsi

Lauk T hewani	1 potong	1 ½ porsi	2 potong	2 potong
Lauk b nabati	3 potong	3 potong	4 potong	4 potong
Sayuran 2	1 ½ mangkok	1 ½ mangkok	3 mangkok	3 mangkok
Buah 2	2 potong	2 potong	3 potong	3 potong
Susu A	-	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air n j u	6-8 gelas	8-10 gelas	8-10 gelas	8-10 gelas

ran Makan Sehari Untuk Ibu Hamil

Sumber : Bandiyah, 2009

b. Oksigen

Berbagai kandungan pernapasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung, untuk mencegah hal tersebut hal-hal yang perlu dilakukan adalah latihan napas melalui senam hamil seperti tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak, kurangi atau hentikan rokok, konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain.

c. Personal hygiene

kebersihan adalah hal harus dijaga pada masa hamil. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah kulit dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium (Walyani, 2015).

d. Pakaian

Pakaian apa saja bisa dipakai, pakaian hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Payudara perlu didorong dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak nyaman (Walyani, 2015).

e. Eliminasi

Trimester III, BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP sehingga hal-hal yang perlu dilakukan untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung kemih yakni dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin. BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormon progesteron meningkat sehingga untuk mengatasi keluhan ini dianjurkan meningkatkan aktifitas jasmani dan makan bersehat (Walyani, 2015).

f. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan (Romauli, 2011).

g. Body mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran atau pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligament ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligament karena adanya pembesaran rahim. Nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil yaitu:

1) Duduk

Ibu harus diingatkan untuk duduk bersandar dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik. Kursi dengan sandaran tinggi akan menyokong kepala dan bahu serta tungkai dapat relaksasi.

2) Berdiri

Ibu perlu dianjurkan untuk berdiri dan berjalan tegak, dengan menggunakan otot trasversus dan dasar panggul. Berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan.

3) Berjalan

Hindari juga sepatu bertumit runcing karena mudah menghilangkan keseimbangan, bila memiliki anak balita usahakan supaya tinggi pegangan keretanya sesuai untuk ibu.

4) Tidur

Kebanyakan ibu hamil menyukai posisi berbaring miring dengan sanggahan dua bantal dibawah kepala dan satu dibawah lutut

atas serta paha untuk mencegah peregangan pada sendi sakroiliaka.

5) Bangun dan baring

Bangun dari tempat tidur, geser dulu tubuh ibu ke tepi tempat tidur, kemudian tekuk lutut. Angkat tubuh ibu perlahan dengan kedua tangan, putar tubuh lalu perlahan turunkan kaki ibu. Diamlah dulu dalam posisi duduk beberapa saat sebelum berdiri. Lakukan setiap kali ibu bangun dari berbaring.

6) Membungkuk dan mengangkat

Saat harus mengangkat misalnya menggendong anak balita, kaki harus diregangkan satu kaki didepan kaki yang lain, pangkal paha dan lutut menekuk dengan punggung serta otot trasversus dikencang. Barang yang akan diangkat perlu dipegang sedekat mungkin dan ditengah tubuh dan lengan serta tungkai digunakan untuk mengangkat (Romauli, 2011).

h. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/ imunisasinya. Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya TT2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ketiga (interval minimal dari dosis kedua) maka statusnya TT3, status TT4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ketiga) dan status TT5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis keempat). Ibu hamil dengan status TT4 dapat diberikan sekali suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status TT5 tidak perlu disuntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup atau 25 tahun (Romauli, 2011).

i. Seksualitas

Menurut Walyani tahun 2015, hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti sering abortus dan kelahiran premature, perdarahan pervaginam, coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah, coitus dilarang

karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauterine. Pada kehamilan trimester III, libido mulai mengalami penurunan. Hal ini disebabkan karena rasa tidak nyaman di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, napas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali merasa mual.

j. Istirahat dan tidur

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat pada siang hari selama 1 jam (Romauli, 2011).

6. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester III

a. Keputihan

Keputihan dapat disebabkan karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen (Marmi, 2014). Cara mencegahnya yaitu tingkatkan kebersihan (personal hygiene), memakai pakaian dalam dari bahan katun, dan tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur (Romauli, 2011).

b. Nocturia (sering buang air kecil)

Trimester III, nocturia terjadi karena bagian terendah janin akan menurun dan masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Cara mengatasinya yakni perbanyak minum pada siang hari tidak pada malam hari dan membatasi minuman yang mengandung bahan kafein seperti teh, kopi, dan soda (Marmi, 2014).

c. Sesak Napas

Hal ini disebabkan oleh uterus yang membesar dan menekan diafragma. Cara mencegah yaitu dengan merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang dan tidur dengan bantal ditinggikan (Bandiyah, 2009).

d. Konstipasi

Konstipasi terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone. Cara mengatasinya yakni

minum air 8 gelas per hari, mengonsumsi makanan yang mengandung serat seperti buah dan sayur dan istirahat yang cukup (Marmi, 2014).

e. Haemoroid

Haemoroid selalu didahului dengan konstipasi, oleh sebab itu semua hal yang menyebabkan konstipasi berpotensi menyebabkan haemoroid. Cara mencegahnya yaitu dengan menghindari terjadinya konstipasi dan hindari mengejan saat defekasi (Marmi, 2014).

f. Oedema pada kaki

Hal ini disebabkan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan pada vena bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan karena uterus membesar pada vena-vena panggul, saat ibu berdiri atau duduk terlalu lama dalam posisi terlentang. Cara mencegah yakni hindari posisi berbaring terlentang, hindarposisi berdiri untuk waktu yang lama, istirahat denganberbaring ke kiri dengan kaki agak ditinggikan angkat kaki ketika duduk atau istirahat, dan hindari pakaian yang ketat pada kaki (Marmi, 2014).

g. Varises kaki atau vulva

Varises disebabkan oleh hormon kehamilan dan sebagian terjadi karena keturunan, pada kasus yang berat dapat terjadi infeksi dan bendungan berat. Bahaya yang paling penting adalah thrombosis yang dapat menimbulkan gangguan sirkulasi darah. Cara mengurangi atau mencegah yaitu hindari berdiri atau duduk terlalu lama, senam, hindari pakaian dan korset yang ketat serta tinggikan kaki saat berbaring atau duduk (Bandiyah, 2009).

7. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Pantikawati (2010), penting bagi seorang bidan untuk mengetahui dan memeriksa tanda-tanda bahaya pada setiap kali kunjungan antenatal, tanda bahaya tersebut adalah sebagai berikut:

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Perdarahan yang tidak normal adalah berwarna merah, banyak, dan kadang-kadang tidak selalu disertai dengan nyeri. Perdarahan ini bisa disebabkan oleh plasenta previa, solusio plasenta dan gangguan pembekuan darah.

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap, tidak hilang dengan beristirahat dan biasanya disertai dengan penglihatan kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia.

c. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat.

d. Bengkak pada muka dan tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung dan preeklamsia.

e. Gerakan janin yang berkurang

Normalnya ibu mulai merasakan pergerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6 tetapi beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Normalnya bayi bergerak dalam satu hari adalah lebih dari 10 kali.

f. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III bisa mengindikasikan ketuban pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.

8. Deteksi Dini faktor resiko kehamilan trimester III

Menurut Poedji Rochyati, deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III dan penanganan serta prinsip rujukan kasus :

a. Menilai faktor resiko dengan skor poedji rochyati

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi, untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak maupun di masyarakat (Meilani dkk, 2009). Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko.

Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya (Syafudin dan Hamidah, 2009).

b. Skor poedji rochjati

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan (Dian, 2007). Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Berdasarkan jumlah skor, kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok: Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 . (Rochjati Poedji, 2003).

c. Tujuan sistem skor Poedji Rochjati

- 1) Membuat pengelompokkan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- 2) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

d. Fungsi skor

- 1) Sebagai alat Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) bagi klien/ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan, dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan

mental, biaya dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.

2) Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada.

Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu risiko tinggi dan lebih intensif penanganannya.

e. Cara pemberian skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2, 4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsi diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi (Poedji Rochjati, 2003).

Tabel 2.3 Skor Poedji Rochjati

I	II	III	IV				
K E L F · R	N O.	Masalah/Faktor Resiko	SKOR	Triwulan			
		I		II	III.1	III.2	
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1.	Terlalu muda, hamil <16 tahun	4				
	2.	Terlalu tua, hamil 1 >35 tahun	4				

	3.	Terlalu cepat hamil lagi (<2 tahun)	4				
	4.	Terlalu lama hamil lagi (>10 tahun)	4				
	5.	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4				
	6.	Terlalu tua, umur >35 tahun	4				
	7.	Terlalu pendek <145 cm	4				
	8.	Pernah gagal kehamilan	4				
	9.	Pernah melahirkan dengan :	4				
		. Tarikan tang/vakum	4				
		. Uri dirogoh	4				
		. Diberi infus/Transfusi	4				
II	10.	Pernah operasi sesar	8				
	11.	Penyakit pada ibu hamil :	4				
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		b. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12.	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13.	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14.	Hamil kembar air (hydramnion)	4				
	15.	Bayi mati dalam kandungan	4				
III	16.	Kehamilan lebih bulan	4				
	17.	Letak sungsang	8				
	18.	Letak lintang	8				
	19.	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20.	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8				
	JUMLAH SKOR						

sumber:Rochyati, 2003

Keterangan :

- a) ibu hamil dengan skor 2 adalah kehamilan tanpa masalah/ resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
- b) Ibu hamil dengan skor 6 adalah kehamilan dengan 1 atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki kegawatan tetapi tidak darurat dan lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.
- c) Bila skor ≥ 12 adalah kehamilan dengan risiko tinggi, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan bayinya, membutuhkan dirujuk tepat waktu dan tindakan segera serta dianjurkan bersalin di RS/DSOG.

g. Pencegahan kehamilan risiko tinggi

1) Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di Polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di Polindes atau Puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.

- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis. (Rochjati, 2003)
- 2) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya seperti: mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan nifas, mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan nifas, memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana dan menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal (Manuaba, 2010).
- 3) Pendidikan kesehatan
- a) Diet dan pengawasan berat badan, kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, partus prematur, abortus sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan preeklamsia, bayi terlalu besar.

- b) Hubungan seksual, hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual (Manuaba, 2010). Umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati.
- c) Kebersihan dan pakaian, kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil. Pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, pakaian dalam yang selalu bersih.
- d) Perawatan gigi, pada triwulan pertama wanita hamil mengalami mual dan muntah (morning sickness). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, gingivitis, dan sebagainya (Sarwono, 2007).
- e) Perawatan payudara, bertujuan memelihara hygiene payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam (Manuaba, 2010).
- f) Imunisasi Tetatnus Toxoid, untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum.
- g) Wanita pekerja, wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampau berat. Lakukanlah istirahat sebanyak mungkin. Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak

mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin (Sarwono, 2007).

- h) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik, ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental.
- i) Obat-obatan, pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba, 2010).

9. Konsep Asuhan Kehamilan.

a. Pengertian

Menurut Walyani (2015) asuhan kehamilan adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan.

b. Tujuan asuhan kehamilan

Menurut Walyani (2015) tujuan asuhan kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial pada ibu dan bayi.

- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
 - 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
 - 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif.
 - 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
- c. Standar pelayanan asuhan kehamilan (10 T).

Menurut Buku Pedoman Antenatal Terpadu Edisi Kedua langkah- langkah dalam 10 T antara lain :

- 1) Timbang berat badan dan tinggi badan

Tinggi badan diperiksa sekali pada saat ibu hamil datang pertama kali kunjungan, dilakukan untuk mendeteksi tinggi badan ibu yang berguna untuk mengkategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm (Pantikawati dan Saryono, 2010). Berat badan diukur setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB atau penurunan BB.

- 2) Tekanan darah

Diukur dan diperiksa setiap kali ibu datang atau berkunjung. Pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah. Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala kearah hipertensi dan preeklampsia, apabila turun dibawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar systole/diastole: 110/80-120/80.

- 3) Tentukan status gizi ukur Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan atau tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Pengukuran tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri dengan menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nol pada tepi atas symphysis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan).

Tabel 2.4 Pengukuran Tinggi Fundus Uteri Menggunakan Jari

Tinggi Fundus	Usia Kehamilan
1/3 diatas simfisis atau 3 jari diatas simfisis	12 minggu
½ simfisis-pusat	16 minggu
2/3 diatas simfisis atau 3 jari dibawah pusat	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 diatas pusat atau 3 jari diatas pusat	28 minggu
½ pusat-procesus xipoides	34 minggu
Setinggi procesus xipoides	36 minggu
2 jari dibawah procesus xipoides	40 minggu

Sumber : (Walyani,2015)

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menurut Setiawan (2011), tujuan pemantauan janin itu adalah untuk mendeteksi dari dini ada atau tidaknya faktor-faktor risiko kematian pranatal tersebut (hipoksia/asfiksia, gangguan pertumbuhan, cacat bawaan, dan infeksi). Pemeriksaan denyut jantung janin adalah satu cara untuk memantau janin. DJJ baru dapat didengar pada usia pada usia kehamilan 16 minggu/4 bulan.

Gambaran denyut jantung janin (DJJ):

a) Takikardi berat: detak jantung diatas 180x/menit.

b) Takikardi ringan: antara 160-180x/menit.

c) Normal: antara 120-160x/menit.

d)Brakikardi ringan: antara 100-119x/menit.

e)Brakikardi sedang: antara 80-100x/menit.

f) Brakikardi berat: kurang dari 80x/menit.

6) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus

Toksoid (TT) bila diperlukan.

Menurut Prawirohardjo (2002), pemberian imunisasi tetanus toksoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja, imunisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian, akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka bentuk program jadwal pemberian imunisasi pada ibu hamil.

Tabel 2.5 Interval Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
Lengkap

Antigen	Interval (Selang Waktu Minimal)	Lama Perlindungan	% Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 Tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 Tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 Tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 Tahun	99

Sumber: Prawirohardjo,2002

Keterangan: arti dalam 3 tahun WUS tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari TN (Tetanus Neonatorum). (Prawirohardjo, 2002)

Vaksin TT diberikan sedini mungkin dengan dosis pemberian 0,5 cc IM (intra muscular) di lengan atas/ paha bokong. khusus untuk calon pengantin diberikan TT 2x dengan interval 4 minggu. usahakan TT1 dan TT2 diberikan sebelum menikah.

(Salmah,2006)

7) Pemberian tablet tambah darah (tablet Fe)

Tablet ini mengandung 200 mg Sulfat Ferosus 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring dengan pertumbuhan janin. Setiap ibu hamil harus mendapat (tablet zat besi) dan Asam Folat dan tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Cara pemberian adalah satu tablet Fe per hari, sesudah makan, selama masa kehamilan dan nifas. Perlu diberitahukan pada ibu hamil bahwa normal bila warna tinja mungkin hitam setelah minum obat ini. Dosis tersebut tidak mencukupi pada ibu hamil yang mengalami anemia, terutama anemia berat (8 gram persen atau kurang). Dosis yang dibutuhkan adalah sebanyak 1-2 x 100 mg/hari selama 2 bulan sampai dengan melahirkan.

8) Tes Laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi :

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester I dan sekali pada trimester III. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya, karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester II dilakukan atas indikasi. Dikatakan anemia bila kadar Hb pada wanita hamil trimester I <11 gr/dl, trimester II <10,5 gr/dl dan trimester III <10 gr/dl. (Bobak,2004)

c) Pemeriksaan protein dalam urine

Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester II dan III atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya protein uria pada ibu hamil. Protein uria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil. Sop pemeriksaan urine pada ibu hamil:

(1) Peralatan dan Perlengkapan

Urin ibu hamil, Larutan klorin 0,5% dalam baskom, reagen: asam asetat 6%, atau asam sulfo salisilat 20%, tabung reaksi 2 buah, rak tabung reaksi, penjepit tabung reaksi, lampu spiritus (Bunsen Burner), spuit 5 cc, sarung tangan, pipet takaran 5 cc, bak instrumen berisi sarung tangan DTT/bersih, bengkok, botol untuk spesimen urine, korek api, plester untuk identitas pasien (Direkatkan ke botol), wastafel/air mengalir, sabun untuk cuci tangan, handuk bersih.

(2) Prosedur Pelaksanaan Pemeriksaan Urine Metode Asam

Asetat

- (a) Berikan penjelasan pada ibu tentang prosedur yang akan dilakukan.
- (b) Siapkan alat yang digunakan dan susun secara ergonomis.
- (c) Beri identitas pada botol spesimen urine agar tidak tertukar dengan pasien lain.
- (d) persilahkan ibu untuk berkemung dan menampung urine dalam botol yang telah diberi identitas.

- (e) Cuci tangan secara 7 langkah dengan sabun dan air mengalir, keringkan dengan handuk bersih.
- (f) Pakai sarung tangan yang bersih.
- (g) Isi dua tabung reaksi (A dan B) masing-masing dengan 5 cc urine.
- (h) Panaskan tabung A diatas lampu spiritus (Bunsen Burner).
- (i) Amati urine, terjadi keruhan atau tidak.
- (j) Jika urin keruh, tambahkan 3-5 tetes asam asetat 6%.
- (k) Amati dan bandingkan dengan tabung B, apabila setelah ditetesi kekeruhan menghilang hal ini menunjukan tidak adanya protein urine.
- (l) Panaskan sekali lagi apabila setelah ditetesi asam asetat 6% urine tetap keruh.
- (m) Amati dan nilai, apabila urine keruh ada protein urine didalam urine, dan nilai derajat kekeruhannya.
- (n) Bereskan dan bersihkan bahan/peralatan yang telah digunakan.
- (o) Lepaskan sarung tangan dan rendam dalam klorin 0,5%.

- (p) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, keringkan dengan handuk bersih menurut standar 7 langkah.
- (q) Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
- (r) Lakukan dokumentasi.

d) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester I, sekali pada trimester II dan sekali pada trimester III. Sop pemeriksaan kadar gula darah:

(1) Persiapan alat dan bahan

- (a) Formulir pemeriksaan gula darah (tanda pada pemeriksaan gula darah sewaktu, puasa dan gulah darah 2 jam pp).
- (b) Bila menggunakan darah vena: tabung kimia, spuit 2 cc, kapas alkohol, plester, torniquet, neirbekken.
- (c) Bila menggunakan darah kapiler: glukometer, jarum (blood lancet), kapas alkohol, handscoen, neirbekken, dan plester.

(2) Persiapan Klien

- (a) Menjelaskan kepada klien sehari sebelumnya, akan dilakukan pemeriksaan kadar gula dalam darah untuk memastikan apakah klien mendrita diabetes militus.

- (b) Menganjurkan klien untuk puasa 10-12 jam, sampai dengan pengambilan sampel darah dipagi hari. klien diperbolehkan hanya minum air putih saja (air yang tidak mengandung glikosa).

(3) Prosedur Tindakan

- (a) Mencuci tangan.
- (b) Memakai handscuen.
- (c) Mengambil sampel darah sebanyak 2x, yaitu : saat klien puasa (\pm pukul 09.00), dan 2 jam sesudah makan (\pm 11.00).
- (d) Pengambilan sampel darah biasa menggunakan darah vena: memilih vena yang menjadi daerah pungsi, memasang perlak atau pengalas dibawah vena yang menjadi area pungsi, melakukan pembendungan vena menggunakan tourniquet, mendisinfeksi area suntikan dengan menggunakan kapas alcohol, mengambil darah vena dengan sudut $45-60^0$ sebanyak 2-3 cc, menutup luka suntikan dengan menggunakan kapas dan plester, membereskan alat dan merapikan klien, lalu bersama formulir pemeriksaan kirim specimen ke laboratorium, mencuci tangan. Darah periver: membawa alat ke dekat klien, memilih jari yang akan

disuntik untuk pengambilan darah, mendisinfeksi area suntikan dengan kapas alcohol, menyuntik jari dengan menggunakan blood lancet lalu teteskan darah secukupnya pada stick glukometer, baca dan catat hasilnya, menutup luka suntikan dengan menggunakan kapas dan plester, bereskan alat dan merapikan klien, melepaskan handscoen, mencuci tangan.

(4) Evaluasi

(a) Mengevaluasi respon serta toleransi klien sebelum, selama, dan sesudah prosedur.

(b) Mengevaluasi hasil pemeriksaan dan melaporkan bila hasil pemeriksaan abnormal (sebelum makan: sekitar 70-130 mg/dl, dua jam setelah makan: <140 mg/dl, setelah tidak makan atau puasa selama setidaknya 8 jam: <100 ml/dl, menjelang tidur: 100-140 mg/dl).

e) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kunjungan pertama antenatal. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.

f) Pemeriksaan tes sifilis.

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada

kehamilan. Pada ibu hamil yang menderita sifilis, bakteri *Treponema pallidum* tersebut dapat ditransmisikan dari ibu ke fetus melalui pembuluh darah kapiler plasenta. Akibatnya, muncul berbagai manifestasi klinis yang berupa Adverse Pregnancy Outcomes (APOs), terdiri dari bayi lahir mati, kematian dini pada fetus, bayi berat lahir rendah, prematur, kematian neonatal, infeksi atau penyakit pada bayi baru lahir. Sifilis yang terjadi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses kehamilannya dan janin yang dikandungnya. Efek sifilis pada kehamilan dan janin tergantung pada lamanya infeksi tersebut terjadi dan pengobatannya. Jika segera diobati dengan baik, maka ibu dapat melahirkan bayinya dengan keadaan sehat, tetapi sebaliknya jika tidak segera diobati akan menyebabkan abortus dan partus prematurus dengan bayi meninggal dalam rahim atau menyebabkan sifilis kongenital. Penisilin masih merupakan obat pilihan untuk penanganan sifilis. Apabila sifilis didiagnosis saat trimester kedua, harus dilakukan ultrasonografi pada janin untuk mengevaluasi adanya sifilis kongenital.

g) Pemeriksaan HIV

Tes HIV wajib ditawarkan oleh tenaga kesehatan kesemua ibu hamil secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi dan di daerah epidemi HIV rendah. Penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB. Teknik penawaran ini disebut *Provider Initiated Testing And Counselling (PITC)* atau Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan (TIPK).

h) Pemeriksaan Basil Tahan Asam (BTA)

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

9) Tatalaksana Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temu Wicara/Konseling

Menurut Pantikawati dan Saryono, 2010 tujuan konseling pada asuhan kebidanan:

- a) Membantu ibu hamil memahami kehamilannya dan sebagai upaya preventif terhadap hal-hal yang tidak diinginkan.
- b) Membantu ibu hamil untuk menemukan kebutuhan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan.

Temu wicara/ konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal meliputi:

- (1) Peran Suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapat dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

- (2) KB pasca salin

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan, dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri dan keluarga.

10. Kebijakan kunjungan asuhan kebidanan

Kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya minimal 4 kali selama kehamilan yaitu: minimal 1 kali pada trimester pertama (K1), minimal 1 kali pada trimester kedua, minimal 2 kali pada trimester ketiga (K4) Depkes RI, (2009).

Jadwal pemeriksaan antenatal sebagai berikut:

- a. Pada Trimester I, kunjungan pertama dilakukan sebelum minggu ke 14. Bidan memberikan asuhan pada kunjungan pertama, yakni: Membina hubungan saling percaya antara ibu

dan bidan, mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa, dan mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, kebersihan, istirahat).

- b. Pada trimester II, kunjungan kedua dilakukan sebelum minggu ke 28. Pada kunjungan ini bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II ditambah kewaspadaan, pantau tekanan darah, kaji oedema, periksa urine untuk protein urine.
- c. Pada trimester III, kunjungan ketiga antara minggu ke 28-36. Pada kunjungan ini bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II ditambah palpasi abdomen untuk deteksi gemeli.
- d. Pada trimester III setelah 36 minggu, kunjungan keempat asuhan yang diberikan sama dengan TM I, II, III ditambah deteksi kelainan letak, kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

11. Triple Eliminasi

Pencengahan penularan penyakit dari ibu ke bayi.

Pencengahan penularan dari ibu ke anak (PPIA) adalah kegiatan yang komprehensif, dari pelayanan, pencengahan, terapi, dan perawatan, untuk ibu hamil dan bayinya, selama masa kehamilan, persalinan, dan sesudahnya. Mencengah terjadinya penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya merupakan inti dari PPIA. Intervensi yang dilakukan berupa: pelayanan kesehatan ibu dan anak yang komprehensif, layanan sesting dan konseling, pemberian obat antiretrovirus (ARV), konseling tentang HIV dan makanan bayi, serta pemberian makanan bayi, dan persalinan yang aman. Pada ibu hamil, HIV merupakan ancaman

bagi keselamatan jiwa ibu dan bayi yang dikandungnya, karena penularan terjadi dari ibu ke bayi. Lebih dari 90% penularan HIV pada anak didapat vertikal akibat transmisi dari ibu ke bayi. Mayoritas ditemukan pada anak dibawah 5 tahun.

Resiko penularan HIV dari ibu ke bayi terjadi pada kehamilan 5-10%, persalinan 10-15%, dan pasca-persalinan 5-20% (De Cock dkk, 2000). Menurut data pusdatin 2017, prevelensi infeksi HIV, sifilis dan hepatitis B pada ibu hamil berturut-turut 0,3%, 1,7%, dan 2,5%. Resiko penularan dari ibu ke anak untuk sifilis adalah 69-80% dan untuk hepatitis B lebih dari 90%.

Jumlah kasus human immunodeficiency virus (HIV) diindonesia periode januari-mei 2018 sebanyak 12.578 penderita, sedangkan kasus acquired immuno deficiency syndrome (AIDS) sebanyak 3.448 kasus (pusdatin kemenkes RI, 2018). Kementerian kesehatan Indonesia menyebutkan, 75% penderita AIDS di Indonesia terinfeksi HIV saat masih berusia remaja, setiap 25 menit, di Indonesia terdapat 1 orang terinfeksi HIV, yaitu 1 dari setiap 5 orang banyak yang terinfeksi berusia di bawah usia 25 tahun.

Peraturan menteri kesehatan nomor 52 tahun 2017 tentang 3E (Triple Eliminasi): pemeriksaan pada setiap ibu hamil terhadap HIV, sifilis, dan hepatitis B yang merupakan salah satu bukti komitmen Negara Indonesia terhadap masalah ini dengan tujuan penurunan angka infeksi baru pada bayi baru lahir sehingga terjadi pemutusan mata rantai penurunan dari ibu ke anak.

Syarat pelaksanaan PPIA seperti yang diharapkan pemerintah telah dilaksanakan di RS St. Carolus dengan dilaksanakan pemeriksaan skrining 3E pada saat ibu hamil datang pertama kali ke rumah sakit untuk periksa kehamilannya (ante natal care /ANC). Support dan konseling keteraturan minuman obat serta pemeriksaan viral load pada ibu hamil sendan HIV positif pada kehamilan 34-36 minggu dilakukan untuk menentukan cara persalinan dan pemberian makanan pada bayi. Konseling makan pada bayi selama 6 bulan tanpa mix feeding/ makanan campuran atau bila diberikan susu formula memperhatikan prinsip AFASS, yaitu acceptable (berkelanjutan), dan safe (aman).

Pemberian profilaksis pengobatan pada bayi baru lahir juga dilakukan sebelum bayi berusia 12 jam. Pemeriksaan pada bayi yang baru lahir dari ibu dengan HIV positif dilakukan pada umur 6 minggu dengan melakukan EID (early infant diagnosis). Semua pelayanan untuk ibu hamil ini dilakukan secara terintegrasi dari unit perinatal dan unit nifas di RS St. Carolus sebagai Rumah Sakit Sayang ibu dan bayi yang turut berperan serta menyukseskan

program WHO tentang penghapusan penurunan HIV dari ibu ke anak, Hepatitis B, dan sifilis di Asia dan pasif tahun 2018-2030.

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asuhan persalinan Normal, 2008).

Persalinan adalah kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi, yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dan tanpa komplikasi baik ibu maupun bayinya. (Dewi, 2012)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Manuaba dalam Lailyana, 2012).

Menurut WHO, persalinan normal adalah persalinan yang dimulai secara spontan (dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir), beresiko pada awal persalinan dan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 sampai 42 minggu setelah persalinan ibu dan bayi dalam kondisi baik.

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lain,dengan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada *serviks* (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Marmi, 2012).

2. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga timbul beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his. Pada saat kehamilan kadar hormon estrogen dan progesteron dalam keadaan seimbang, sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofisis posterior, menimbulkan kontraksi dalam bentuk *braxton hicks*, yang kekuatannya menjadi dominan saat mulainya persalinan (Lailiyana, 2012). Beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan meliputi:

a. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu, setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga memicu proses persalinan.

b. Teori penurunan *progesteron*

Proses penuaan plasenta mulai terjadi pada usia kehamilan 28 minggu, ketika terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah penurunan progesteron pada tingkat tertentu.

c. Teori *okitosin internal*

Penurunan konsentrasi progesteron akibat usia kehamilan, aktivitas oksitosin dapat meningkat, sehingga persalinan mulai terjadi.

d. Teori *prostaglandin*

Pemberian prostaglandin saat kehamilan dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

e. Teori *hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis*.

Percobaan linggin (1973) menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus, sehingga disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus dengan persalinan.

3. Tahapan Persalinan

Menurut marmi (2012) tahapan persalinan dibagi menjadi :

a. Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan lendir bercampur darah, karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar *kanalis servikalis* karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Proses persalinan ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Fase kala I terdiri atas :

1) Fase *laten*: pembukaan 0 sampai 3 cm dengan lamanya sekitar 8 jam.

2) Fase aktif, terbagi atas:

a) Fase *akselerasi*: pembukaan yang terjadi sekitar 2 jam, dari mulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase *dilatasi maksimal*: pembukaan berlangsung 2 jam, terjadi sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase *deselerasi*: pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap.

Fase tersebut pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam. Secara klinis dimulainya kala I persalinan ditandai adanya his serta pengeluaran darah bercampur lendir/*bloody show*. Lendir berasal dari lendir kanalis servikalis karena servik membuka dan mendatar, sedangkan darah berasal dari pembuluh darah kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis yang pecah karena pergeseran-pergeseran ketika servik membuka.

Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu:

(1) Penggunaan Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan

fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan (Marmi 2012).

(2) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

(3) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan di kotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

(4) Keadaan Janin

(a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100, tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

(b) Warna dan Adanya Air Ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering).

(c) Molase Tulang Kepala Janin

Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode molase (**0**) tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, (**1**) tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, (**2**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan, (**3**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

(5) Keadaan Ibu

Hal yang diperhatikan yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume,protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin pervolume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan.

(6) Informasi tentang ibu : nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam, urin, aseton, protein tiap 2 - 4 jam (catat setiap kali berkemih) (Hidayat,2010).

(7) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman.

(8) Mengurangi Rasa Sakit

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan adalah seseorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses, kemajuan dan prosedur.

(9) Persiapan Persalinan

Hal yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat

esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan.

b. Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran Marmi (2012).

1) Tanda dan gejala kala II yaitu :

Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya, perineum menonjol, vulva - vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

2) Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah rangkaian gerakan pasif dari janin terutama yang terkait dengan bagian terendah janin. Secara singkat dapat disimpulkan bahwa selama proses persalinan janin melakukan gerakan utama yaitu turunnya kepala, fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar, dan ekspulsi. Dalam kenyataannya beberapa gerakan terjadi bersamaan.

3) Posisi Meneran

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Posisi meneran dalam persalinan yaitu: Posisi miring, posisi jongkok, posisi merangkak, posisi semi duduk dan posisi duduk.

4) Persiapan penolong persalinan yaitu: sarung tangan, perlengkapan pelindung pribadi, persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan, persiapan tempat dan

lingkungan untuk kelahiran bayi, serta persiapan ibu dan keluarga.

5) Menolong persalinan sesuai 60 APN

a) Melihat tanda dan gejala kala II

- (1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua; ibu mempunyai keinginan untuk meneran, ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vagina, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

Menyiapkan pertolongan persalinan

- (2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- (3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- (4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- (5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

- (6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

- (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
- (8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- (9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung

tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

- (10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan ibu & keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

- (11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
- (12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- (13) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran ; membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran,

mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran, membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang), menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi, menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu., menganjurkan asupan cairan per oral, menilai DJJ setiap lima menit. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.

Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran; menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman, memberikan ibu makan dan minum di sela-sela kontraksi. Menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi dan beristirahat di antara kontraksi, jika bayi belum lahir atau kelahiran belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multi para, merujuk ibu dengan segera.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi.

- (14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

- (15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- (16) Membuka partus set.
- (17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong kelahiran bayi

Lahirnya kelapa

- (18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.
- (19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

- (20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi; Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- (21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahir bahu

- (22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- (23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan

tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

- (24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan bayi baru lahir

- (25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- (26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- (27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang

klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

(28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

(29) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.

(30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

Oksitosin

(31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

(32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

(33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

b) Manajemen aktif kala III :

Penegangan tali pusat terkendali

(34) Memindahkan klem pada tali pusat

(35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

(36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu.

Mengeluarkan plasenta.

(37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan

lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit.

Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM. Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya. Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

- (38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

- (39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

Menilai perdarahan

- (40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

- (41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

c) Melakukan prosedur pasca persalinan

- (42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.

- (43) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- (44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- (45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- (46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- (47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- (48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

d) Evaluasi

- (49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam; 2-3 kali dalam 15 menit

pertama pasca persalinan, setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan, jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri, jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

(50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

(51) Mengevaluasi kehilangan darah.

(52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan keamanan

- (53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- (54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- (55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- (57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- (58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

e) Dokumentasi

(60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

c. Kala III

Kala III adalah masa setelah bayi lahir sampai dengan plasenta lahir yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya placenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta terjadi disertai dengan pengeluaran darah (Rukiah dkk, 2012).

Tanda pelepasan plasenta adalah uterus menjadi bundar, tali pusat semakin panjang, semburan darah secara tiba-tiba. Dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta terjadi disertai dengan pengeluaran darah. Tanda pelepasan plasenta adalah uterus menjadi bundar, darah keluar secara tiba-tiba, tali pusat semakin panjang. Manajemen aktif kala III yaitu jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin, memberi oksitosin, lakukan PTT dan masase fundus (Hidayat, 2010).

d. Kala IV

Pemantauan kala IV ditetapkan sebagai waktu 2 jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan post partum dapat dihindarkan. Sebelum meninggalkan ibu post partum harus diperhatikan tujuh pokok penting, yaitu kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan pervaginam atau perdarahan lain pada alat genital lainnya, plasenta dan selaput ketuban telah dilahirkan

lengkap, kandung kemih harus kosong, luka pada perinium telah dirawat dengan baik, dan tidak ada hematom, bayi dalam keadaan baik, ibu dalam keadaan baik, nadi dan tekanan darah dalam keadaan baik.

Pemantauan kala IV ditetapkan sebagai waktu 2 jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan post partum dapat dihindarkan. Sebelum meninggalkan ibu post partum harus diperhatikan tujuh pokok penting, yaitu kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan pervaginam atau perdarahan lain pada alat genital lainnya, plasenta dan selaput ketuban telah dilahirkan lengkap, kandung kemih harus kosong, luka pada perinium telah dirawat dengan baik, dan tidak ada hematom, bayi dalam keadaan baik, ibu dalam keadaan baik, nadi dan tekanan darah dalam keadaan baik. (hidayat, 2010)

4. Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Tujuan lain dari asuhan persalinan adalah:

- a) Meningkatkan sikap positif terhadap keramahan dan keamanan dalam memberikan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukannya.
- b) Memberikan pengetahuan dan keterampilan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukan yang berkualitas dan sesuai dengan prosedur standar.
- c) Mengidentifikasi praktek-praktek terbaik bagi penatalaksanaan persalinan dan kelahiran seperti penolong

yang terampil, kesiapan menghadapi persalinan, kelahiran, dan kemungkinan komplikasinya, partograf, episiotomi terbatas hanya atas indikasi, dan mengidentifikasi tindakan-tindakan yang merugikan dengan maksud menghilangkan tindakan tersebut (Marmi, 2012).

5. Tanda-tanda persalinan

Menurut Marmi (2012), tanda-tanda persalinan yaitu:

a. Tanda-Tanda Persalinan Sudah Dekat

1) Tanda *Lightening*

Menjelang minggu ke 36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan : kontraksi *Braxton His*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamnetum Rotundum*, dan gaya berat janin diman kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan seperti ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang, bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjai, terjadinya kesulitan saat berjalan dan sering kencing (*follaksuria*).

2) Terjadinya His Permulaan

Makin tua kehamilam, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain seperti rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek, tidak bertambah bila beraktivitas.

b. Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (*Inpartu*)

1) Terjadinya His Persalinan

His merupakan kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan servik. Kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya didekat *cornuuteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat : adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara *syncron* dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan: terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap itsmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- a) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.
 - b) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
 - c) Terjadi perubahan pada serviks.
 - d) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah.
- 2) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (show). Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum dan sectio caesarea.

4) Dilatasi dan Effacement

Dilatasi merupakan terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement merupakan pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi tentang persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah :

1) *Power* (kekuatan)

Adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen dengan kerja yang baik dan sempurna.

a) Kontraksi uterus (His)

His yang baik adalah kontraksi simultan simetris di seluruh uterus, kekuatan terbesar di daerah fundus, terdapat periode relaksasi di antara dua periode kontraksi, terdapat retraksi otot-otot korpus uteri setiap sesudah his, ostium uteri eksternum dan ostium internum pun akan terbuka. His dikatakan sempurna apabila kerja otot paling tinggi di fundus uteri yang lapisan otot-ototnya paling tebal, bagian bawah uterus dan serviks yang hanya mengandung sedikit otot dan banyak kelenjar kolagen akan mudah tertarik hingga menjadi tipis dan membuka, adanya koordinasi dan gelombang kontraksi yang simetris dengan dominasi di fundus uteri dan amplitudo sekitar 40-60 mmHg selama 60-90 detik.

b) Tenaga meneran

Pada saat kontraksi uterus dimulai ibu diminta untuk menarik nafas dalam, nafas ditahan, kemudian segera mengejan ke arah bawah (*rectum*) persis BAB.

Kekuatan meneran dan mendorong janin ke arah bawah dan menimbulkan keregangan yang bersifat pasif. Kekuatan his dan refleks mengejan makin mendorong bagian terendah sehingga terjadilah pembukaan pintu dengan crowning dan penipisan perinium, selanjutnya kekuatan refleks mengejan dan his menyebabkan ekspulsi kepala sebagian berturut-turut lahir yaitu UUB, dahi, muka, kepala dan seluruh badan.

2) *Passenger* (Isi Kehamilan)

Faktor *passenger* terdiri dari atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban dan plasenta :

a) Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.

b) Air ketuban

Saat persalinan air ketuban membuka serviks dan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri, bagian selaput anak yang di atas ostium uteri yang menonjol waktu his adalah ketuban. Ketuban inilah yang membuka serviks.

c) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, plasenta juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal. Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai *barrier*.

3) *Passage*

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, introitus vagina. Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi tetapi panggul ibu

lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

4) Faktor psikologi ibu

Keadaan psikologi ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang di damping oleh suami dan orang-orang yang di cintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar di bandingkan dengan ibu bersalin yang tanpa di damping suami atau orang-orang yang di cintainya. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan.

5) Faktor penolong

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian *maternal neonatal*, dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik di harapkan kesalahan atau malpraktek dalam memberikan asuhan tidak terjadi.

d. Perubahan dan adaptasi fisiologi psikologis pada ibu bersalin

1) Kala I

a) Perubahan dan adaptasi fisiologi kala I, menurut Marmi

(2012)

(1) Perubahan uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormone progesterone yang menyebabkan keluarnya hormone oksitosin. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar estrogen dan progesteron menurun kira-kira satu sampai dua minggu sebelum partus dimulai sehingga menimbulkan uterus berkontraksi. Kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur dengan intensitasnya ringan, kemudian menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitasnya semakin kuat seiring.

(2) Perubahan serviks

Di akhir kehamilan otot yang mengelilingi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena karnalis servikalis membesar dan atas membentuk ostium uteri eksternal (OUE) sebagai ujung dan bentuk yang sempit. Pada wanita nullipara, serviks biasanya tidak akan berdilatasi hingga penipisan sempurna, sedangkan pada wanita multipara, penipisan dan dilatasi dapat terjadi secara bersamaan dan kanal kecil dapat teraba di awal persalinan. Hal ini sering kali disebut bidan sebagai “os multips”.

Pembukaan serviks disebabkan oleh karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar di sekitar ostium meregangkan untuk dapat dilewati kepala. Pada primigravida dimulai dari ostium uteri internum terbuka lebih dahulu sedangkan ostium eksternal membuka pada saat persalinan terjadi. Pada multigravida ostium uteri internum eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi.

(3) Perubahan kardiovaskular

Selama kala I kontraksi menurunkan aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah dalam sirkulasi ibu meningkat dan resistensi perifer meningkat sehingga tekanan darah meningkat rata-rata 15 mmHg, saat mengejan kardiak output meningkat 40-50 persen. Oksigen yang menurun selama kontraksi menyebabkan hipoksia tetapi dengan kadar yang masih ada kuat sehingga tidak menimbulkan masalah serius. Persalinan kala I curah jantung meningkat 20 persen dan lebih besar pada kala II, 50 persen paling umum terjadi saat kontraksi disebabkan adanya usaha ekspulsi.

Perubahan kerja jantung dalam persalinan disebabkan karena his persalinan, usaha ekspulsi, pelepasan plasenta yang menyebabkan terhentinya peredaran darah dari plasenta dan kemabli kepada peredaran darah umum. Peningkatan aktivitas

direfleksikan dengan peningkatan suhu tubuh, denyut jantung, *respirasi cardiac output* dan kehilangan cairan.

(4) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10–20 mmHg dan diastolik rata-rata 5–10 mmHg diantara kontraksi- kontraksi uterus. Jika seorang ibu dalam keadaan yang sangat takut atau khawatir, rasa takutnya yang menyebabkan kenaikan tekanan darah, hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya untuk mengesampingkan preeklamsia.

Perubahan posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Posisi tidur terlentang selama bersalin akan menyebabkan penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta) yang akan menyebabkan sirkulasi darah baik untuk ibu maupun janin akan terganggu, ibu dapat terjadi hipotensi dan janin dapat asfiksia.

(5) Perubahan nadi

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi.

(6) Perubahan suhu

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikkan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C. Suhu badan yang sedikit naik merupakan hal yang wajar, namun keadaan ini berlangsung lama, keadaan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Pemantauan parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban pecah atau belum, karena hal ini merupakan tanda infeksi.

(7) Perubahan pernafasan

Kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekuatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar, untuk itu diperlukan tindakan untuk mengendalikan pernapasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (karbondioksida menurun), pada tahap kedua persalinan. Ibu tidak diberi obat-obatan, maka ia akan mengkonsumsi oksigen hampir dua kali lipat.

(8) Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

Hal ini bermakna bahwa peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapatkan perhatian serta tindak lanjut guna mencegah terjadinya dehidrasi. Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten, tetapi setelah memasuki fase aktif, biasanya mereka hanya menginginkan cairan saja. Anjurkan anggota keluarga menawarkan ibu minum sesering mungkin dan makan makanan ringan selama persalinan. Hal ini dikarenakan makanan dan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi, dimana dehidrasi bisa memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

(9) Perubahan ginjal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh cardiac output, serta disebabkan karena, filtrasi glomerulus serta aliran plasma dan renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi urin

selama kehamilan. Kandung kemih harus dikontrol setiap 2 jam yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urin setelah melahirkan. Protein dalam urin (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah wanita bersalin. Tetapi protein urin (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara anemia, persalinan lama atau pada kasus preeklamsia.

Hal ini bermakna bahwa kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah : obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan mengakibatkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selam pasca partum awal. Lebih sering pada primipara atau yang mengalami anemia atau yang persalinannya lama dan preeklamsi.

(10) Perubahan pada gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dengan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa. Makanan yang diingesti selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selam fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan.

Hal ini bermakna bahwa lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika

keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi. Pemberian obat oral tidak efektif selama persalinan. Perubahan pada saluran cerna kemungkinan timbul sebagai respon terhadap salah satu atau kombinasi faktor-faktor yaitu: kontraksi uterus, nyeri, rasa takut dan khawatir, obat, atau komplikasi (Marmi, 2012).

(11) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih selama progresif meningkat selama kala 1 persalinan sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 15000 pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot dan rangka. Hal ini bermakna bahwa, jangan terburu-buru yakin kalau seorang wanita tidak anemia jika tes darah menunjukkan kadar darah berada diatas normal, yang menimbulkan resiko meningkat pada wanita anemia selama periode intrapartum. Perubahan menurunkan resiko perdarahan pasca partum pada wanita normal, peningkatan sel darah putih tidak selalu mengidentifikasi infeksi ketika jumlah ini dicapai, tetapi jika jumlahnya jauh diatas nilai ini, cek parameter lain untuk mengetahui adanya infeksi.

b) Perubahan dan adaptasi psikologi kala I,

Menurut Marmi (2012) perubahan dan adaptasi psikologi yaitu:

1) Fase laten

Fase ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia

mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekuatiran apa yang akan terjadi. Secara umum ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi keadaan tersebut dengan baik. Namun wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu dimana ibu akan banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas bahwa ibu akan segera bersalin. Wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosionalnya pada fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan coping tanpa memperhatikan tempat persalinan.

2) Fase aktif

Fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dan ketakutan wanita pun meningkat. Saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Kenyataan ini wanita ingin seseorang mendampinginya karena dia takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi. Dia mengalami sejumlah kemampuan dan ketakutan yang tidak dapat dijelaskan.

3) Fase transisi

Fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman yang menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, takut dan menolak hal-hal yang ditawarkan padanya. Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima, dukungan yang diterima dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada, dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang

diinginkan. Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali bersalin yaitu: Perasaan tidak enak dan kecemasan, takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi, menganggap persalinan sebagai cobaan, apakah bayi normal atau tidak dan apakah ibu sanggup merawat bayinya.

2) Kala II

a) Perubahan fisiologis pada ibu bersalin kala II

Menurut Erawati (2011) perubahan fisiologis pada ibu bersalin kala II diantaranya:

(1) Kontraksi

His pada kala II menjadi lebih terkoordinasi, lebih lama (25 menit), lebih cepat kira-kira 2-3 menit sekali. Sifat kontraksi uterus simetris, fundus dominan, diikuti relaksasi.

(2) Pergeseran organ dalam panggul

Organ-organ yang ada dalam panggul adalah vesika urinaria, dua ureter, kolon, uterus, rektum, tuba uterina, uretra, vagina, anus, perineum, dan labia. Pada saat persalinan, peningkatan hormon relaksin menyebabkan peningkatan mobilitas sendi, dan kolagen menjadi lunak sehingga terjadi relaksasi panggul. Hormon relaksin dihasilkan oleh korpus luteum. Karena adanya kontraksi, kepala janin yang sudah masuk ruang panggul menekan otot-otot dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada rektum dan secara refleks menimbulkan rasa ingin mengejan, anus membuka, labia membuka, perineum menonjol, dan tidak lama kemudian kepala tampak di vulva pada saat his.

(3) Ekspulsi janin

Ada beberapa tanda dan gejala kala II persalinan, yaitu sebagai berikut: Ibu merasa ingin mengejan bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan peningkatan tekanan pada rektum dan vaginanya, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka dan Peningkatan

pengeluaran lendir dan darah. Diagnosis kala II persalinan dapat ditegakkan jika ada pemeriksaan yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap dan bagian kepala bayi terlihat pada introitus vagina.

3) Kala III

Marmi (2012) menjelaskan kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Proses ini merupakan kelanjutan dari proses persalinan sebelumnya. Selama kala III proses pemisahan dan keluarnya plasenta serta membran terjadi akibat faktor-faktor mekanis dan hemostasis yang saling mempengaruhi. Waktu pada saat plasenta dan selaputnya benar-benar terlepas dari dinding uterus dapat bervariasi. Rata-rata kala III berkisar 15-30 menit, baik pada primipara maupun multipara.

Marmi (2012) menjelaskan kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi, penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Oleh karena tempat perlengketan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

4) Kala IV

Menurut Marmi (2012) banyak perubahan fisiologi yang terjadi selama persalinan dan kelahiran kembali ke level prapersalinan dan menjadi stabil selama satu jam pertama pascapersalinan. Manifestasi fisiologi lain terlihat selama periode ini muncul akibat atau terjadi setelah stres persalinan. Pengetahuan tentang temuan normal penting untuk evaluasi ibu yang akurat. Berikut perubahan-perubahan yang terjadi selama persalinan menurut Marmi (2012):

a) Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan di tengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga perempat antara simpisis pubis dan umbilikus. Jika uterus ditemukan ditengah, diatas simpisis maka hal ini menandakan adanya darah di

kavum uteri dan butuh untuk ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilikus dan bergeser paling umum ke kanan menandakan adanya kandung kemih penuh. Kandung kemih penuh menyebabkan uterus sedikit bergeser ke kanan, mengganggu kontraksi uterus dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Jika pada saat ini ibu tidak dapat berkemih secara spontan, maka sebaiknya dilakukan kateterisasi untuk mencegah terjadinya perdarahan.

Uterus yang berkontraksi normal harus terasa keras ketika disentuh atau diraba. Jika segmen atas uterus terasa keras saat disentuh, tetapi terjadi perdarahan maka pengkajian segmen bawah uterus perlu dilakukan. Uterus yang teraba lunak, longgar tidak berkontraksi dengan baik, hipotonik ; atonia uteri adalah penyebab utama perdarahan post partum segera. Hemostasis uterus yang efektif dipengaruhi oleh kontraksi jalinan serat-serat otot miometrium. Serat-serat ini bertindak mengikat pembuluh darah yang terbuka pada sisi plasenta. Pada umumnya trombus terbentuk pembuluh darah distal pada desidua, bukan dalam pembuluh miometrium. Mekanisme ini, yaitu ligasi terjadi dalam miometrium dan trombosis dalam desidua-penting karena dapat mencegah pengeluaran trombus ke sirkulasi sistemik.

b) Serviks, vagina dan perineum

Segera setelah kelahiran serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan, atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode yang memanjang, tercermin pada peningkatan edema dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampil jaringan tersebut, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala dua persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah dua jam introitus vagina hanya bisa dimasuki dua atau tiga jari. Edema atau memar pada introitus atau pada area perineum sebaiknya dicatat.

c) Tanda vital

Tekanan darah, nadi, dan pernafasan harus kembali stabil pada level pra persalinan selama jam pertama pascapartum. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini adalah satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Sedangkan suhu tubuh ibu berlanjut meningkat, tetapi biasanya di bawah 38°C. Namun jika intake cairan baik, suhu tubuh dapat kembali normal dalam 2 jam partus.

d) Gemetar

Umum bagi seorang wanita mengalami tremor atau gemetar selama kala empat persalinan, gemetar seperti itu dianggap normal selama tidak disertai dengan demam lebih dari 38°C, atau tanda-tanda infeksi lainnya. Respon ini dapat diakibatkan karena hilangnya ketegangan dan sejumlah energi melahirkan respon fisiologi terhadap penurunan volume intra abdomen dan pergeseran hematologi juga memainkan peranan.

e) Sistem Gastrointestinal

Mual dan muntah, jika ada selama masa persalinan harus diatasi. Haus umumnya banyak dialami, dan ibu melaporkan rasa lapar setelah melahirkan.

f) Sistem renal

Kandung kemih yang hipotonik, disertai dengan retensi urine bermakna dan pembesaran umum terjadi. Tekanan dan kompresi pada kandung kemih selama persalinan dan kelahiran adalah penyebabnya. Mempertahankan kandung kemih wanita agar tetap kosong selama persalinan dapat menurunkan trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong guna mencegah uterus berubah posisi dan atonia. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan risiko perdarahan dan keparahan nyeri.

g) Deteksi/ penapisan awal ibu bersalin

Menurut Lailiyana, dkk (2012) penapisan ibu bersalin merupakan deteksi dini kemungkinan terjadinya komplikasi gawat darurat, yaitu ada/tidaknya riwayat bedah sesar, perdarahan per vagina, persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu), ketuban pecah dengan mekoneum yang

kental, ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam), ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu), ikterus, anemia berat, tanda/gejala infeksi, hipertensi dalam kehamilan/preeklampsia, tinggi fundus uteri 40cm atau lebih, gawat janin, primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5, presentasi bukan belakang kepala, presentasi majemuk, kehamilan gemeli, tali pusat menumbung, syok, dan penyakit-penyakit yang menyertai ibu.

h) Rujukan

Saat menemukan masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang mempengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan tertundanya ibu mendapatkan penatalaksanaan yang memadai, sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program *Safe Motherhood*.

Singkatan BAKSOKUDAPN dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) : pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan BBL untuk dibawah kefasilitas rujukan.

(Alat) : bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBL (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

K (Keluarga) : beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu hingga ke fasilitas rujukan.

S (Surat): berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit,

asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (Obat) : bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan di perjalanan.

K(Kendaraan) : siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik, untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (uang) : Ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

Da (Darah dan Doa) : Persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan.

P (Posisi) : Perhatikan posisi ibu hamil saat menuju tempat rujukan.

N(Nutrisi) : Perhatikan posisi ibu hamil saat menuju tempat rujukan.

6. Konsep Dasar Partus Lama

a. Pengertian

Partus lama adalah partus/persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi. Menurut harjono merupakan fase terakhir dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfiksia dan kematian janin dalam kandungan (Purwaningsih dan Fatmawati, 2010).

b. Etiologi

Purwaningsih dan fatmawati, (2010) sebab-sebab terjadinya partus lama ini sangat kompleks dan tergantung pada pengewasan saat hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaannya.

faktor-faktor penyebabnya adalah

- 1) Kelainan Letak janin

- 2) Kelainan-kelainan panggul
- 3) Kelainan his
- 4) Pimpin partus yang salah
- 5) Janin besar atau ada kelainan congenital
- 6) Primitua
- 7) Perut gantung, grandemulti
- 8) Ketuban pecah dini

Faktor-faktor tambahan lainnya adalah

- 1) Primigraviditas
- 2) Ketuban pecah dini ketika serviks masih menutup, keras dan belum mendatar.
- 3) Analgesi dan anastesi yang berlebihan dalam fase laten.
- 4) Wanita yang dependen, cemas dan ketakutan dengan orang tua yang menemaninya kerumah sakit merupakan calon persalinan lama. tpe wanita lainnya adalah wanita yang maskulin, masochistik yang kelihatanya menikmati rasa nyeri yang dialaminya.

Faktor ini dapat berperan sendiri atau secara bersama-sama. Kelainannya nyata pada salah satu faktor, dapat merintangi keberhasilan pengakhiran persalian. Meskipun kelahiran normal tidak mungkin terlaksana dengan adanya disproporsi cepalopelvik yang apsolut, namun ketidakimbangan ringan antara tulang panggul dan ukuran janin dapat diatasi oleh kontraksi uterus yang kuat dan efektif. Pelvik mungkin cukup besar untuk mengakomodasi presentasi occipitoanterior namun terlalu kecil bagi presentasi occipitoposterior. Masalahnya hanyalah masalah keseimbangan. Pecahnya ketuban dengan adanya serviks yang matang dan kontraksi yang kuat tidak pernah

memperpanjang persalinan. Akan tetapi, bila kantong ketuban pecah saat servix masih panjang, keras dan menutup, maka sebelum dimulainya proses persalinan sering terdapat priode laten yang lama. Kerja uterus yang tidak efisien mencakup ketidak mampuan cervix untuk membuka secara lancar dan cepat disamping kontraksi rahim yang tidak efektif. (Oxorn, harry dan Wiliam Forte,2010).

c. Klasifikasi Partus Lama

1) Fase laten memanjang

Fase laten yang melampaui waktu 20 jam pada primi gravida atau 14 jam pada multi merupakan keadaan abnormal. Sebab-sebab fase laten yang panjang mencakup : cervix belum matang pada awal persalinan, posisi janin abnormal, disproporsifetopelvik, persalinan disfungsional, dan pemberian sedatif yang berlebihan. Cervix yang belum matang hanya memperpanjang fase laten dan kebanyakancervix akan membuka secara normal begitu terjadi pendaratan. Sekalipun fase laten berlangsung lebih dari 20 jam, banyak pasien mencapai dilatasi cervix yang normal ketika fase aktif dimulai. Meskipun fase laten itu menjemukan tetapi fase ini tidak berbahaya bagi ibu atau pun anak.

2) Fase aktif memanjang

Yaitu fase yang berlangsung lebih dari 12 jam pada primi garvida dan lebih dari 6 jam pada multigravida dan laju dilatasi cervix kurang dari 1,5 cm per jam. Jika laju kurang dari 1,2 cm per jam membuktikan adanya abnormalitas dan harus menimbulkan kewaspadaan dokter yang akan menolong persalinan tersebut.

3) Kala II Lama

Yaitu kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara.

d. Gejala Utama Persalinan Lama

1) Dehidrasi.

- 2) Tanda infeksi (suhu tinggi, nadi dan pernapasan cepat, abdomen meteorismus).
- 3) Pada pemeriksaan abdomen terdapat meteorismus, lingkaran bandle tinggi, nyeri segmen bawah rahim.
- 4) Pada pemeriksaan lokal vulva-vagina terdapat edema vulva, cairan ketuban berbau, cairan ketuban bercampur mekonium.
- 5) Pada pemeriksaan dalam terdapat edema cervix, bagian terendah kulit didorong keatas, terdapat kaput pada bagian terendah.
- 6) Keadaan janin dalam rahim mengalami asfiksia sampai terjadi kematian
- 7) Akhir dari persalinaan kesep adalah ruptur uteri imines sampai ruptur uteri atau kematian karena perdarahan atau infeksi (Manuaba, 2010).

e. Dampak partus Lama

1. Bahaya bagi ibu

Partus lama menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun anak. Banyaknya cedera meningkat dengan semakin lama proses persalinan, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terdapat kenaikan pada insidensi atonia uteri, lacerasi perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan shock. Angka kelahiran dengan tindakan yang tinggi semakin memperburuk bahaya bagi ibu.

2. Bahaya bagi janin

Semakin lama persalinan, semakin tinggi morbiditas serta mortalitas janin dan semakin sering terjadi keadaan berikut ini:

- a) Asfiksia akibat partus lama itu sendiri.
- b) Trauma cerebri yang disebabkan oleh penekanan pada kepala janin.
- c) Cedera akibat tindakan ekstraksi dan rotasi dengan forceps yang sulit/
- d) Pecahnya ketuban lama sebelum kelahiran. Keadaan ini mengakibatkan terinfeksi cairan ketuban dan selanjutnya dapat membawa infeksi paru-paru serta infeksi sistemik pada janin. Sekalipun tidak terdapat kerusakan yang nyata, bayi-bayi pada partus lama memerlukan perawatan khusus. Sementara partus lama tipe apapun membawa akibat yang buruk bagi anak, bahaya tersebut lebih besar lagi apalagi kemajuan persalinan, namun pengaruh terhadap perkembangan bayi selanjutnya hanya sedikit. Sebagian lagi menyatakan bahwa bayi yang dilahirkan melalui proses persalinan yang panjang ternyata mengalami defenisi intelektual sehingga berbeda jelas dengan bayi-bayi yang lahir setelah persalinan normal.

f. Komplikasi Partus Lama

Komplikasi yang timbul karena perjalanan persalinan lama (Manubala,2010).

- 1) Ibu mengalami kelelahan karena tanpa makanan dan minuman

- a) Terjadi dehidrasi.
- b) Tampak sakit, pucat, mata cekung, dan berkeringat dingin.
- c) Nadi meningkat, tensi menurun, dan temperatur meningkat.
- d) His mulai melemah, perut tampak kembung.
- e) Karena manipulasi berlebihan pada pemeriksaan dalam terdapat tanda infeksi intrauterin yaitu:
 - (1) Lokhea berbau.
 - (2) Berwarna keruh tampak bercampur mekonium.
 - (3) Vulva edema.
- f) Karena kerjasama power, passenger dan passage tidak sempurna sehingga terjadi kemacetan penurunan:
 - (1) Bagian terendah terfiksir.
 - (2) Bagian terenda edema-kaput suksedenum.
 - (3) Portio dapat terjepit antara kepala (bagian terendah) dan panggul sehingga terjadi edema portio.
- g) Pemeriksaan ibu
 - (1) Tampak sakit, pucat, dehidrasi, mata cekung, dan keringat dingin bagian akral (ujung).
 - (2) Pemeriksaan: nadi cepat, tensi rendah, dan terjadi peningkatan temperatur.
 - (3) Pemeriksaan abdomen.
 - (1) Meteorisme, perut kembung karena tekanan bagian terendah janin.

(2) Bagian janin paling rendah sulit didorong keatas.

(3) Perut ibu teraba sakit dan dinding rahim bawah.

(4) Pemeriksaan dalam:

(1) Bagian terendah terfiksir.

(2) Kaput suksedaneum dan terjadi portio edema.

(3) Bagian terendah janin sulit didorong keatas.

2) Keadaan janin dan rahim

a) Dapat mengalami asfiksia ringan sampai terjadi kematian dalam rahim.

b) Air ketuban keruh dan bercampur mekonium karena asfiksia dalam rahim.

c) Dalam beberapa keadaan terjadi kelainan letak janin:

(1) Letak lintang.

(2) Sungsang.

(3) Kelainan letak kepala:

(a) Puncak.

(b) Oksipito transversa parsisten.

(c) Letak dahi atau muka.

(d) Letak/penempatan ganda.

d) Bila terjadi lingkaran Bandle yang makin meningkat, keadaan ini disebut ruotura uteri-imminen (membakat).

g. Penatalaksanaan Pada Partus Lama

1) Pencegahan.

Persiapan kelahiran bayi dan perawatan prenatal yang baik akan mengurangi insidensi partus lama, persalinan tidak boleh di induksi atau dipaksakan kalau cervix belum matang. cervix yang matang adalah cervix yang panjangnya kurang dari 1,27 cm (0,5 inci), sudah mengalami pendaratan, terbuka sehingga bisa dimasuki sedikitnya satu jari, dan lunak serta bisa dilebarkan, persalinan palsu (False labor) diatasi dengan istirahat dan sedasi.

2) Tindakan suportif

Selama persalinan semangat pasien harus didukung kita harus membesarkan hatinya dan menghindari kata-kata yang dapat menimbulkan kekhawatiran dalam diri pasien. Intake cairan sedikitnya 2.500 ml per hari. Pada semua partus lama, intake cairan sebanyak ini dipertahankan melalui pemberian infus larutan glukosa, dehidrasi dengan tanda adanya acetone dalam urine, harus dicegah. Makanan yang dimakan dalam proses persalinan tidak akan tercerna dengan baik makanan ini akan tertinggal dalam lambung sehingga menimbulkan bahaya muntah dan aspirasi karena itu pada persalinan yang berlangsung lama dipasang infus untuk pemberian kalori. Pengosongan kandung kemih dan usus harus memadai, kandung kemih dan rektum yang penuh tidak saja menimbulkan perasaan tidak enak dan merintanggi kemajuan persalinan tetapi juga menyebabkan organ tersebut lebih mudah cedera dibanding dalam keadaan kosong. Meskipun wanita yang berada dalam proses persalinan harus diistirahatkan dengan pemberian sedatif dan rasa nyerinya diredahkan dengan pemberian analgetik. Namun semua preparat ini harus diberikan dengan bijaksana. Narkosis dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya. pemeriksaan rektal atau vagina harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan risiko infeksi, setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas. Apabila hasil pemeriksaan menunjukkan adanya kemajuan dan kelahiran diperkirakan terjadi dalam jangka waktu yang layak serta tidak terdapat gawat janin ataupun ibu, terapi suportif diberikan dan persalinan dibiarkan berlangsung secara spontan.

3) Fase laten yang memanjang

Pertama-tama faktor-faktor mekanik yang harus disingkirkan, terapi selanjutnya tergantung pada kondisi cervix

a) Cervix matang: mendatar, luka dan pembukan 2,5 hingga 3,0 cmn.

(1) Amniotomi.

(2) Oxytocin.

b) Cervix belum matang: terapinya suportif. pasien diberikan makanan bergizi ditenangkan pikirannya dan diberi obat-obat untuk tidur, sesudah itu akan terjadi salah satu di antara ketiga kemungkinan ini:

(1) Persalinan berhenti (menunjukkan fase labor) dan pasien dipulangkan.

(2) Pasien akan mengalami persalinan yang efisien dan cervix berdilatasi.

(3) Tipe persalinan yang semula terjadi kembali. dalam keadaan ini, stimulasi dengan oxytocin sering mendorong terjadinya proses persalinan yang baik begitu cervix menjadi matang, ketuban dapat di pecahkan.

c) Prognosis baik. (1) sebagian besar pasien memasuki fase aktif persalinan yang menghasilkan kelahiran pervaginam.

(2) sebagian pasien lagi mengalami persalinan disfungsional atau kemacetan sekunder dilatasi. Sectio sesarea tidak pernah menjadi indikasi dalam tahap laten

persalinan. Pengecualiannya hanyalah gawat janin yang akut, disproporsi cephalopelvik yang absolut dan letak lintang.

4) Primary dysfunctional labor

Faktor-faktor mekanis harus disingkirkan. Pada sebagian kasus terdapat disproporsi fetopelvik sehingga diperlukan operasi sectio sesarea. Untuk lainnya dapat dilaksanakan tindakan selama janin dan ibu berada dalam keadaan baik. Jangan melakukan tindakan yang mengakibatkan komplikasi lebih lanjut pada situasi tersebut. Tindakan vaginal yang traumatik dan prematur merupakan kontraindikasi. Kemajuan yang lambat dibiarkan saja, yang diberikan kepada pasien hanyalah dukungan, kata yang menentramkan, istirahat cairan dan elektrolit.

Hasil-hasil amniotomi tidak bisa diramalkan dan juga tidak ada kesepakatan apakah amniotomi dalam situasi seperti ini merupakan prosedur yang bijaksana. Pada sebagian kasus terdapat kemajuan persalinan pada sebagiannya lagi tampak kemacetan. Persalinan mulai terjadi setelah ketuban dipecahkan secara artifisial ada pada banyak kasus amniotomi tidak menghasilkan efek apa-apa terhadap jalannya persalinan. Pada partus alama insiden infeksi ascenderens meningkat setelah ketuban pecah bahaya ini harus dipikirkan kalau amniotomi dipertimbangkan. Laporan mengenai nilai infus oxytocin beraneka ragam. Banyak dokter menganggapnya kurang efektif dalam memperbaiki kemajuan persalinan. Akan tetapi, kami telah mendapatkan hasil-hasil baik pada sebagian kasus dan berpendapat bahwa preparat oxytocin bisa diberikan sebagai percobaan dalam menangani masalah ini.

Hasil terapi medis adalah sebagai berikut: dua pertiga pasien mengalami dilatasi cervix secara perlahan-lahan dan berlanjut dengan kelahiran pervaginam yang spontan atau dengan bantuan forseps- rendah. Sekitar 20 persen memerlukan forcep-tengah. Kira-kira 10 persen menjalani sectio cesarea karena macetnya kemajuan persalinan atau karena gawat janin.

5) Kemacetan-sekunder dilatasi

Faktor-faktor mekanis yang harus disingkirkan dahulu dengan cermat faktor-faktor ini mencakup malposisi dan

malpresentasi disamping disproporsi. Pada sekelompok besar pasien terdapat disproporsi dan sectio cesarea harus dikerjakan. Beberapa wanita mengalami keletihan dan harus diberi terapi, suportif, istirahat, cairan serta elektrolit. Infus oxytocin diberikan kepada sebagian besar pasien yang tidak memperlihatkan adanya disproporsi dan gawat janin, dan ketuban dipecahkan secara artifisial. Salah satu diantara empat kemungkinan ini akan terjadi: kemajuan persalinan berlangsung cepat sampai terjadi dilatasi penuh dan kelahiran pervaginam. Kemajuan persalinan berlangsung lambat sampai terjadi dilatasi penuh dan kelahiran pervaginam, kemajuan persalinan berlangsung terlampaui lambat sehingga lambat sehingga setelah 4 sampai 6 jam dilakukan sectio caesarea. Kemajuan tidak terdapat sama sekali. Sectio cesarea dikerjakan pada akhir waktu 2 jam.

6) Kegagalan penurunan

Disproporsi mengharuskan tindakan sectio cesarea. Dengan semakin berkurangnya pemakaian forceps yang sulit, komplikasi pada janin semakin kecil. Tanpa disproporsi. Penggunaan anstesi epidural untuk meredakan nyeri dan mempercepat relaksasi sering menghasilkan kemajuan persalinan. Apabila penurunan tidak terjadi, stimulasi dengan infus oxytocin yang dimonitor melalui pencatatan terus-menerus DJA dan tekanan intrauteri, acapkali akan menimbulkan kemajuan yang mantap sampai terjadi kelahiran pervaginam. Jika terapi ini gagal, sectio caesarea harus dikerjakan.

7) Gawat janin dan atau ibu

Adanya gawat janin atau ibu mengharuskan tindakan dini. Jika cervix sudah berdilatasi penuh, bagian terendah sudah turun jauh dalam rongga panggul dan tidak terdapat disproporsi, maka bayi harus dilahirkan dengan forceps bila presentasinya kepala dan dengan sectio cesarea bila presentasinya bokong. Persiapan harus sudah dilakukan untuk tindakan terhadap perdarahan postpartum dan gawat janin.

8) Dystocia cervicalis

Cervix dapat menghalangi kemajuan persalinan bibir anterior yang tebal dapat terjepit diantar kepala bayi dan symphysis pubis. Bibir ini bisa didorong lewat kepala bayi pada waktu ada his. Bisa terdapat lingkaran cervix yang tipis dan

lunak. Lingkaran ini dapat pula didorong secara hati-hati lewat kepala bayi. Jika servix sudah terbuka sebesar 7 cm dan pendataran telah terjadi dengan baik, sementara kepala bayi sudah berada dibawah spinaishiadica, maka insisi duhrssen dapat dipertimbangkan. Dalam jaman moderen ini, prosedur tersebut sudah jarang di laksanakan. Bila pembukaan cervix masih kurang dari separuhnya kelahiran pervaginam mustahil terlaksana pada saat itu. Jika kelahiran harus segera terlaksana, sectio cesarea diperlukan.

7. Konsep Dasar Induksi Persalinan

a. Pengertian

Induksi persalinan adalah upaya menstimulasi uterus untuk memulai terjadinya persalinan. Sedangkan *augmentasi* atau *akselerasi* persalinan adalah meningkatkan frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan. (Saifuddin, 2002).

Induksi dimaksudkan sebagai stimulasi kontraksi sebelum mulai terjadi persalinan spontan, dengan atau tanpa *rupture membrane*. Augmentasi merujuk pada stimulasi terhadap kontraksi spontan yang dianggap tidak adekuat karena kegagalan dilatasi serviks dan penurunan janin. (Cunningham, 2013).

Induksi persalinan adalah upaya memulai persalinan dengan cara-cara buatan sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his. (Sinclair, 2010)

Secara umum induksi persalinan adalah berbagai macam tindakan terhadap ibu hamil yang belum inpartu, baik secara operatif maupun medisinal, untuk merangsang timbulnya atau mempertahankan kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan. Atau

dapat juga diartikan sebagai inisiasi persalinan secara buatan setelah janin *viable*. (Llewellyn, 2002).

b. Indikasi Induksi Persalinan

Induksi diindikasikan hanya untuk pasien yang kondisi kesehatannya atau kesehatan janinnya berisiko jika kehamilan berlanjut. Induksi persalinan mungkin diperlukan untuk menyelamatkan janin dari lingkungan intra uteri yang potensial berbahaya pada kehamilan lanjut untuk berbagai alasan atau karena kelanjutan kehamilan membahayakan ibu. (Llewellyn, 2002).

Adapun indikasi induksi persalinan yaitu ketuban pecah dini, kehamilan lewat waktu, oligohidramnion, korioamnionitis, preeklampsia berat, hipertensi akibat kehamilan, *intrauterine fetal death* (IUFD) dan pertumbuhan janin terhambat (PJT), insufisiensi plasenta, perdarahan antepartum, dan *umbilical abnormal artery doppler*. (Oxford, 2013).

c. Kontra Indikasi

Kontra indikasi induksi persalinan serupa dengan kontra indikasi untuk menghindari persalinan dan kelahiran spontan. Diantaranya yaitu: *disproporsi sefalopelvik* (CPD), plasenta previa, gamelli, polihidramnion, riwayat *sectio caesar* klasik, malpresentasi atau kelainan letak, gawat janin, vasa previa, hidrosefalus, dan infeksi herpes genital aktif. (Cunningham, 2013).

d. Komplikasi atau Risiko Melakukan Induksi Persalinan

Komplikasi dapat ditemukan selama pelaksanaan induksi persalinan maupun setelah bayi lahir. Komplikasi yang dapat ditemukan antara lain: atonia uteri, hiperstimulasi, fetal distress, prolaps tali pusat, rupture uteri, solusio plasenta, hiperbilirubinemia, hiponatremia, infeksi intra uterin, perdarahan post partum, kelelahan ibu dan krisis emosional, serta dapat meningkatkan kelahiran caesar pada induksi elektif. (Cunningham, 2013).

e. Persyaratan

Untuk dapat melaksanakan induksi persalinan perlu dipenuhi beberapa kondisi/persyaratan sebagai berikut:

- 1) Tidak ada *disproporsi sefalopelvik* (CPD)
- 2) Sebaiknya serviks uteri sudah matang, yakni serviks sudah mendatar dan menipis, hal ini dapat dinilai menggunakan tabel skor *Bishop*. Jika kondisi tersebut belum terpenuhi maka kita dapat melakukan pematangan serviks dengan menggunakan metode farmakologis atau dengan metode mekanis.
- 3) Presentasi harus kepala, atau tidak terdapat kelainan letak janin.
- 4) Sebaiknya kepala janin sudah mulai turun kedalam rongga panggul. (Oxorn,2010)

Apabila kondisi-kondisi diatas tidak terpenuhi maka induksi

persalinan mungkin tidak memberikan hasil yang diharapkan. Untuk menilai keadaan serviks dapat dipakai skor *Bishop*. Berdasarkan kriteria *Bishop*, yakni:

- 1) Jika kondisi serviks baik (skor 5 atau lebih), persalinan biasanya berhasil diinduksi dengan hanya menggunakan induksi.
- 2) Jika kondisi serviks tidak baik (skor <5), matangkan serviks terlebih dahulu sebelum melakukan induksi. (Cunningham, 2013).

Faktor	Nilai			
	0	1	2	3
Pembukaan serviks (CM)	0	1-2	3-4	5-6
Pendataran serviks (%)	0-30%	40-50%	60-70%	8%
Penurunan	-3	-2	-1/0	+1/2
Konsistensi serviks	Kaku	sedang	lunak	amat lunak
Posisi ostium serviks	Poterior	tengah	anterior	anterior

Tabel 2.6 Sistem Penilaian Pelvik Score Bishop

Sumber: Cunningham, 2013

Pada kebanyakan kasus, teknik yang digunakan untuk meningkatkan *favorability* atau kematangan serviks juga menstimulasi kontraksi. Jadi teknik tersebut dapat digunakan untuk menginduksi persalinan. Metode yang digunakan untuk mematangkan serviks meliputi preparat farmakologis dan berbagai bentuk distensi serviks mekanis. (Cunningham, 2013)

Metode farmakologis diantaranya yaitu pemberian

prostaglandin E_2 (dinoprostone, cervidil, dan prepidil), prostaglandin E_1 (Misoprostol atau cytotec), dan donor nitrit oksida. Sedangkan ynag termasuk kedalam metode mekanis yakni kateter transservikal (kateter foley), ekstra amnionik salin infusion (EASI), dilator servikal higroskopik, dan stripping membrane. (Cunningham, 2013)

f. Proses Induksi

Ada dua cara yang biasanya dilakukan untuk memulai proses induksi, yaitu kimia dan mekanik. Namun pada dasarnya, kedua cara ini dilakukan untuk mengeluarkan zat prostaglandin yang berfungsi sebagai zat penyebab otot rahim berkontraksi.

1) Secara kimia atau medicinal / farmakologis

a) Prostaglandin E_2 (PGE_2)

PGE_2 tersedia dalam bentuk gel atau pesarium yang dapat dimasukkan intravaginal atau intraserviks. Gel atau pesarium ini yang digunakan secara lokal akan menyebabkan pelonggaran kolagen serviks dan peningkatan kandungan air di dalam jaringan serviks. PGE_2 memperlunak jaringan ikat serviks dan merelaksasikan serabut otot serviks, sehingga mematangkan serviks. PGE_2 ini pada umumnya digunakan untuk mematangkan serviks pada wanita dengan nilai bishop <5 dan digunakan untuk induksi persalinan pada wanita yang nilai bishopnya antara

5 - 7. (Sinclair, 2010, Llewellyn, 2002)

Bentuk gelnya (prepidil) tersedia dalam suntikan 2,5 ml untuk pemberian intraserviks berisi 0,5 mg dinoprostone. Ibu dalam posisi terlentang, ujung suntikan yang belum diisi diletakkan di dalam serviks, dan gel dimasukkan tepat di bawah Os serviks interna. Setelah pemberian, ibu tetap berbaring selama setidaknya 30 menit. Dosis dapat diulang setiap 6 jam, dengan maksimum tiga dosis yang direkomendasikan dalam 24 jam.

Cervidil (dinoprostone 10 mg) juga diakui untuk pematangan serviks. Bentuknya yang persegi panjang (berupa wafer polimerik) yang tipis dan datar, yang dibungkus dalam kantung jala kecil berwarna putih yang terbuat dari polyester. Kantungnya memiliki ekor panjang agar mudah untuk mengambilnya dari vagina. pemasukannya memungkinkan dilepaskannya obat 0,3 mg/jam (lebih lambat dari pada bentuk gel). (Cunningham, 2013).

Cervidil digunakan dalam dosis tunggal yang diletakkan melintang pada forniks posterior vagina. Pelumas harus digunakan sedikit, atau tidak sama sekali, saat pemasukan. Pelumas yang berlebihan dapat menutupi dan mencegah pelepasan dinoprostone. Setelah pemasukan, ibu harus

tetap berbaring setidaknya 2 jam. Obat ini kemudian dikeluarkan setelah 12 jam atau ketika persalinan aktif mulai terjadi. Cervidil ini dapat dikeluarkan jika terjadi hiperstimulasi. *American College of Obstetricians and Gynecologists* (1999) merekomendasikan agar pemantauan janin secara elektronik digunakan selama cervidil digunakan dan sekurang-kurangnya selama 15 menit setelah dikeluarkan. (Sinclair, 2010, Cunningham, 2013).

Efek samping setelah pemberian prostaglandin E₂ pervaginam adalah peningkatan aktivitas uterus, menurut *American College of Obstetricians and Gynecologists* (1999) mendeskripsikannya sebagai berikut:

- (1) Takisistol uterus diartikan sebagai ≥ 6 kontraksi dalam periode 10 menit.
- (2) Taksistol uterus diartikan sebagai ≥ 6 kontraksi dalam periode 10 menit.
- (3) Hipertoni uterus dideskripsikan sebagai kontraksi tunggal yang berlangsung lebih lama dari 2 menit.
- (4) Hiperstimulasi uterus jika salah satu kondisi menyebabkan pola denyut jantung janin yang meresahkan.

karena hiper stimulasi yang dapat menyebabkan masalah bagi janin bisa berkembang jika prostaglandin

diberikan sebelum adanya persalinan spontan, maka penggunaannya tidak direkomendasikan. Kontra indikasi untuk agen prostaglandin secara umum meliputi asma, glaukoma, peningkatan tekanan intra-okular (sinclair,2010).

b) Prostaglandin E₁ (PGE₁)

Misoprostol atau cytotec adalah PGE₁ sintetik, diakui sebagai tablet 100 atau 200 µg. Obat ini telah digunakan secara off label (luas) untuk pematangan serviks pra-induksi dan dapat diberikan per oral atau per vagina. Tablet ini lebih murah daripada PGE₂ dan stabil pada suhu ruangan. Sekarang ini, prostaglandin E₁ merupakan prostaglandin pilihan untuk induksi persalinan atau aborsi pada Parkland Hospital dan Birmingham Hospital di University of Alabama. (Sinclair, 2010, Cunningham, 2013)

Misoprostol oral maupun vagina dapat digunakan untuk pematangan serviks atau induksi persalinan. Dosis yang digunakan 25 – 50 µg dan ditempatkan di dalam fornix posterior vagina. 100 µg misoprostol per oral atau 25 µg misoprostol per vagina memiliki manfaat yang serupa dengan oksitosin intravena untuk induksi persalinan pada perempuan saat atau mendekati cukup bulan, baik dengan rupture membrane kurang bulan maupun serviks yang baik. Misoprostol dapat dikaitkan dengan peningkatan angka hiperstimulasi, dan dihubungkan dengan rupture uterus

pada wanita yang memiliki riwayat menjalani seksio sesaria. Selain itu induksi dengan PGE₁, mungkin terbukti tidak efektif dan memerlukan augmentasi lebih lanjut dengan oksitosin, dengan catatan jangan berikan oksitosin dalam 8 jam sesudah pemberian misoprostol. Karena itu, terdapat pertimbangan mengenai risiko, biaya, dan kemudahan pemberian kedua obat, namun keduanya cocok untuk induksi persalinan. Pada augmentasi persalinan, hasil dari penelitian awal menunjukkan bahwa misoprostol oral 75 µg yang diberikan dengan interval 4 jam untuk maksimum dua dosis, aman dan efektif. (Saifuddin, 2002, Cunningham, 2013)

c) Donor nitrit oksida

Beberapa temuan telah mengarahkan pada pencarian zat yang menstimulasi produksi nitrit oksida (NO) lokal yang digunakan untuk tujuan klinis diantaranya yakni, nitrit oksida merupakan mediator pematangan serviks, metabolit NO pada serviks meningkat pada awal kontraksi uterus, dan produksi NO di serviks sangat rendah pada kehamilan lebih bulan. Dasar pemikiran dan penggunaan donor NO yaitu *isosorbide mononitrate* dan *glyceryl trinitrate*. *Isosorbide mononitrate* menginduksi siklo-oksigenase 2 serviks, agen ini juga menginduksi

pengaturan ulang ultrastruktur serviks, serupa dengan yang terlihat pada pematangan serviks spontan. Namun sejauh ini uji klinis belum menunjukkan bahwa donor NO sama efektifnya dengan prostaglandin E_2 dalam menghasilkan pematangan serviks, dan penambahan *isosorbide mononitrate* pada dinoprostone atau misoprostol tidak meningkatkan pematangan serviks pada awal kehamilan atau saat cukup bulan dan tidak mempersingkat waktu kelahiran pervaginam. (Cunningham, 2013)

d) Pemberian oksitosin Intravena

Tujuan induksi atau augmentasi adalah untuk menghasilkan aktifitas uterus yang cukup untuk menghasilkan perubahan serviks dan penurunan janin. Sejumlah regimen oksitosin untuk stimulasi persalinan direkomendasikan oleh *American College of Obstetricians and Gynecologists* (1999). Oksitosin diberikan dengan menggunakan protokol dosis rendah (1 – 4 mU/menit) atau dosis tinggi (6–40 mU/menit), awalnya hanya variasi protokol dosis rendah yang digunakan di Amerika Serikat, kemudian dilakukan percobaan dengan membandingkan dosis tinggi, dan hasilnya kedua regimen tersebut tetap digunakan untuk induksi dan augmentasi persalinan

karena tidak ada regimen yang lebih baik dari pada terapi yang lain untuk memperpendek waktu persalinan.

Oksitosin digunakan secara hati-hati karena gawat janin dapat terjadi dari hiperstimulasi. Walaupun jarang, rupture uteri dapat pula terjadi, lebih-lebih pada multipara. Untuk itu senantiasa lakukan observasi yang ketat pada ibu yang mendapat oksitosin. Dosis efektif oksitosin bervariasi, kecepatan infus oksitosin untuk induksi persalinan dapat dilihat pada table berikut:

Tabel 2.7 Berbagai Regimen Oksitosin Dosis

Regmen	Dosis awal (mU/menit)	Penaikan dosis (mU/menit)	Interval (menit)
0,5-1,5		1	15-40
Rendah	2	4, 8, 12, 16, 20, 25, 30	15
4		4	15
Tinggi	4,5	4,5	15-30
6		6	20-40

Sumber: Leveno J Kenneth, dkk (2009)

Dublin (tahun 1984) menguraikan protokol untuk penatalaksanaan aktif persalinan yang menggunakan oksitosin dosis awal dan tambahan 6 mU/menit. Dan di Parkland Hospital, Satin, dkk (1992) mengevaluasi regimen oksitosin dengan dosis tersebut, peningkatan dengan interval 20 menit jika diperlukan, menghasilkan rata-rata waktu masuk ke persalinan yang lebih singkat, lebih sedikit induksi yang gagal, dan tidak ada kasus sepsis neonatus.

Dan dengan percobaan pada sampel yang berbeda, mereka yang mendapat regimen 6 mU/menit memiliki durasi waktu persalinan yang lebih singkat, persalinan forseps yang lebih sedikit, pelahiran caesar karena distosia yang lebih sedikit, dan menurunnya korioamnionitis inpartum atau sepsi neonatorum. Dengan demikian, manfaat yang lebih banyak didapatkan dengan memberikan regimen dosis yang lebih tinggi dibandingkan dosis yang lebih rendah. Di Parkland hospital penggunaan regimen oksitosin dengan dosis awal dan tambahan 6 mU/menit secara rutin telah dilakukan hingga saat ini. Sedangkan di Birmingham Hospital di University Alabama memulai oksitosin dengan dosis 2 mU/menit dan menaikkannya sesuai kebutuhan setiap 15 menit yaitu menjadi 4, 8, 12, 16, 20, 25, dan 30 mU/menit. Walaupun regimen yang pertama tampaknya sangat berbeda, jika tidak ada aktifitas uterus, kedua regimen tersebut mengalirkan 12 mU/menit selama 45 menit ke dalam infuse. (Cunningham, 2013).

Di bawah ini merupakan tabel untuk salah satu protab kecepatan infus oksitosin untuk induksi persalinan:

Tabel 2.8 Kecepatan Infus Oksitosin untuk Induksi Persalinan

Waktu sejenak induksi (Jam)	Konsentrasi oksitosin	Tetes per menit	Dosis (mIU/ menit)	Volume infus	Total volume infus
0,0	2,5 unit dalam 500 ml dekstro se atau gram fisio logi (5mIU/ml)	10	3	0	0
0,5	Sama	20	5	15	15
1,0	Sama	30	8	30	45
1,5	Sama	40	10	45	90
2,0	Sama	50	13	60	150
2,5	Sama	60	15	75	225
3,0	5 unit dalam 500 ml dekstro se atau gram fisiologi (10 mIU/ml)	30	15	90	315
3,5	Sama	40	20	45	360
4,0	Sama	50	25	60	420
4,5	Sama	60	30	75	495
5,0	10 unit dalam 500 ml deksrose atau gram fisiologik (20mIU/ml)	30	30	90	585
5,5	Sama	40	40	45	630
6,0	Sama	50	50	60	690
6,5	Sama	60	60	75	765
7,0	Sama	60	60	90	855

Sumber: Mathai M, dkk (2002)

Jika setelah mengikuti protokol berdasarkan tabel di atas tetap belum terbentuk pola kontraksi yang baik dengan penggunaan

konsentrasi oksitosin yang tinggi maka pada multigravida induksi dinyatakan gagal, dan lahirkan janin dengan section caesar. Pada primigravida dapat diberikan infuse oksitosin konsentrasi tinggi (10 unit dalam 500 ml) sesuai dengan protokol berikut:

Tabel 2.9 Kecepatan

Infus Oksitosin Lanjutan untuk Induksi Persalinan
pada primi gravida

Waktu sejak induksi (jam)	Konsentrasi Oksitosin	Tetes Per menit	Dosis mIU/ menit	Volume invus	Total Volume invus
0,0	2,5 unit dalam 500 ml dekstrose atau gram fisiologi (5 mIU/ml)	15	4	0	0
0,5	Sama	30	8	23	23
1,0	Sama	45	11	45	68
1,5	Sama	60	15	58	135
2,0	5 unit dalam 500 ml dekstros e atau gram fisiologi (10 mIU/ml)	30	15	90	235
2,5	Sama	45	23	48	270
3,0	Sama	60	30	68	338
3,5	10 unit dalam 500 ml dekstrose atau gram fisiologik (20 mIU/ml)	30	30	90	428
4,0	Sama	45	45	45	473
4,5	Sama	60	60	68	540
5,0	Sama	60	60	90	630

Sumber: Mathai M, dkk (2002)

Jika masih tidak terbentuk kontraksi yang baik pada dosis maksimal, lahirkanlah janin melalui *sectio caesar*. Dalam pemberian infuse oksitosin, selama pemberian ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh petugas kesehatan yaitu:

- (1) Observasi ibu selama mendapatkan infuse oksitosin secara cermat.
- (2) Jika infuse oksitosin menghasilkan pola persalinan yang baik, pertahankan kecepatan infuse yang sama sampai kelahiran.
- (3) Ibu yang mendapat oksitosin tidak boleh ditinggal sendiri.
- (4) Jangan menggunakan oksitosin 10 unit dalam 500 ml (20 mIU/ml) pada multigravida dan pada ibu dengan riwayat section caesar.
- (5) Peningkatan kecepatan infus oksitosin dilakukan hanya sampai terbentuk pola kontraksi yang baik, kemudian pertahankan infus pada kecepatan tersebut. (Saifuddin, 2002)

2) Secara mekanis atau tindakan

a) Kateter Transservikal (Kateter Foley)

Kateter *foley* merupakan alternatif yang efektif disamping pemberian prostaglandin untuk mematangkan serviks dan induksi persalinan. Akan tetapi tindakan ini tidak boleh digunakan pada ibu yang mengalami servisititis, vaginitis, pecah ketuban, dan terdapat riwayat perdarahan. Kateter foley diletakan atau dipasang melalui kanalis servikalis (os serviks internal) didalam segmen bawah uterus (dapat diisi sampai 100 ml). Tekanan kearah bawah yang diciptakan dengan menempelkan kateter pada paha dapat menyebabkan pematangan serviks. Modifikasi cara ini,

yang disebut dengan extra-amnionic saline infusion (EASI), cara ini terdiri dari infuse salin continue melalui kateter dalam ruang antarserviks interna dan membara plasenta. Teknik ini telah dilaporkan memberikan perbaikan yang signifikan pada skor hisop dan mengurangi waktu induksi ke persalinan. (Cunningham, 2013) Penempatan kateter, dengan atau tanpa infuse salin yang kontinu, menghasilkan perbaikan *favorability* serviks dan sering kali menstimulasi kontraksi. Sherman dkk. (1996), merangkum hasil dari 13 percobaan dengan metode ini menghasilkan peningkatan yang cepat pada skor hisop dan persalinan yang lebih singkat. Chung dkk. (2003) secara acak mengikutsertakan 135 wanita untuk menjalani teknik induksi persalinan dengan kateter *foley* ekstra amnion dengan inflasi balon sampai 30 ml juga menghasilkan waktu rata-rata induksi ke kelahiran memendek secara nyata. Dan Levy dkk. (2004) melaporkan bahwa penggunaan balon kateter *foley* transservikal 80 ml lebih efektif untuk pematangan serviks dan induksi dari pada yang 30 ml. (Cunningham, 2013).

Adapun teknik pemasangan kateter foley yaitu sebagai berikut:

- (1) Pasang speculum pada vagina.
- (2) Masukkan kateter foley pelan-pelan melalui servik dengan menggunakan cunam tampon.

- (3) Pastikan ujung kateter telah melewati *ostium uteri internum*.
 - (4) Gelembungkan balon kateter dengan memasukkan 10 ml air.
 - (5) Gulung sisa kateter dan letakkan dalam vagina.
 - (6) Diamkan kateter dalam vagina sampai timbul kontraksi uterus atau maksimal 12 jam.
 - (7) Kempiskan balon kateter sebelum mengeluarkannya dan kemudian lanjutkan dengan infuse oksitosin.
- (Saifuddin, 2002)

b) Dilator Servikal higroskopik (batang Laminaria)

Dilatasi serviks dapat juga di timbulkan menggunakan dilator serviks osmotik higroskopik. Teknik yang dilakukan yakni dengan batang laminaria dan pada keadaan dimana serviks masih belum membuka. Dilator mekanik ini telah lama berhasil digunakan jika dimasukkan sebelum terminasi kehamilan, tetapi kini alat ini juga digunakan untuk pematangan serviks sebelum induksi persalinan. Pemasangan laminaria dalam kanalis servikalis dan dibiarkan selama 12-18 jam, kemudian jika perlu dilanjutkan dengan infus oksitosin. (Cunningham, 2013)

c) Stripping membrane

Yang dimaksud dengan stripping membrane yaitu cara atau teknik melepaskan atau memisahkan selaput kantong ketuban dari segmen bawah uterus. Induksi persalinan dengan “*stripping*” membrane merupakan praktik yang umum dan aman serta

mengurangi insiden kehamilan lebih bulan. *Stripping* dapat dilakukan dengan cara manual yakni dengan jari tengah atau telunjuk dimasukkan dalam kanalis servikalis. (Cunningham, 2013)

d) Induksi Amniotomi

Ruptur membrane artifisial atau terkadang disebut dengan induksi pembedahan, teknik ini dapat digunakan untuk menginduksi persalinan. Pemecahan ketuban buatan memicu pelepasan prostaglandin. Amniotomi dapat dilakukan sejak awal sebagai tindakan induksi, dengan atau tanpa oksitosin. Pada uji acak, Bacos dan Backstrom (1987) menemukan bahwa amniotomi saja atau kombinasi dengan oksitosin lebih baik dari pada oksitosin saja. Induksi persalinan secara bedah (amniotomi) lebih efektif jika keadaan serviks baik (skor Bishop > 5). Amniotomi pada dilatasi serviks sekitar 5 cm akan mempercepat persalinan spontan selama 1 sampai 2 jam, bahkan Marcer dkk, (1995) dalam penelitian acak dari 209 perempuan yang menjalani induksi persalinan baik itu amniotomi dini pada dilatasi 1-2 cm ataupun amniotomi lanjut pada dilatasi 5 cm didapatkan awitan persalinan yang lebih singkat yakni 4 jam. (Cunningham, 2013). Namun ada komplikasi atau resiko yang dapat timbul setelah dilakukan amniotomi yakni: sekitar 0,5 % terjadi prolaps tali pusat, infeksi (jika jangka waktu antara induksi-persalinan > 24 jam), perdarahan ringan, perdarahan post partum (resiko relatif 2 kali

dibandingkan dengan tanpa induksi persalinan), hiperbilirubinemia neonatus (bilirubin > 250 $\mu\text{mol/l}$). (Llewellyn, 2002).

e) Stimulasi puting susu

Untuk stimulasi payudara gunakan pedoman CST dan pantau DJJ dengan auskultasi atau pemantauan janin dengan cardiotografi. Observasi adanya hiperstimulasi pada uterus (Varney, 2002).

f) Hubungan seksual

Hanya dilakukan apabila ketuban dalam keadaan utuh. Orgasme pada wanita akan menyebabkan kontraksi uterus. semen atau sperma mengandung prostaglandin, sehingga dapat pula merangsang kontraksi (Varney, 2002).

g) Minyak Castor

Digunakan pada serviks yang telah matang, efektif pada multigravida. Dosisnya 1-2 ons minyak Catrol diminum dengan mencampur atau diikuti dengan jus jeruk atau minuman lain sesuai pilihan ibu. Namun setelah menggunakan cara ini, ibu dianjurkan untuk banyak minum (Varney, 2002).

Tanda-tanda induksi baik yaitu: respons uterus berupa aktifitas kontraksi miometrium baik, kontraksi simetris, dominasi fundus, relaksasi baik (sesuai dengan) tanda-tanda his yang baik/adekuat), dan nilai serviks menurut bishop.

Prinsip penting: monitor keadaan bayi, keadaan ibu, awasi

tanda-tanda rupture uteri dan harus memahami farmakokinetik, farmakodinamik, dosis dan cara pemberian obat yang digunakan untuk stimulasi uterus (Saifuddin,2002).

g. Sop Pemberian Oksitosin

1) Persiapan

- a) Persiapan alat dan obat.
- b) Persiapan pasien.
- c) Persiapan penolong.

2) Cara pemberian oksitosin

- a) Oksitosin tidak diberikan secara oral karena dirusak didalam lambung oleh tirpsin.
- b) Oksitosin diberikan secara buccal, nasal spray, intramuskuler, dan intravena.
- c) Pemberian oksitosin secara intravena (drips/tetes) banyak digunakan karena terus dirangsang sedikit demi sedikit secara continue dan bila perlu infus dapat dihentikan segera.
- d) Pemberian tetesan oksitosin harus dibawah pengawasan yang cermat dengan pengamatan pada his dan denyut jantung janin.

3) Cara pemberian oksitosin dengan janin

- a) 5 IU oksitosin dalam ml dekstro 5%. ini berarti 2 tetesan mengandung 1 mIU.
- b) Dosis awal 1-2 mIU (2-4 tetes) per menit.
- c) Dosis dinaikkan 2 mIU (4 tetes) per menit setiap 30 menit.

d) Dosis maksimal 20-40 mIU (40-80 tetes) per tetes.

Untuk meningkatkan keberhasilannya bisa dilakukan amniotomi, stripping of the membrane atau menggunakan balon kateter.

4) Cara pemberian oksitosin dengan janin mati

a) Teknik satu

- 1) Menggunakan 500 cc ringer laktat (1 botol).
- 2) Mula-mula dipakai 10 IU oksitosin dalam 500 cc ringer laktat.
- 3) Kecepatan tetesan 20 tetes per menit.
- 4) Bila tidak timbul kontraksi yang adekuat, dosis dinaikkan 10 IU tiap 30 menit tanpa mengubah kecepatan tetesan sampai timbul kontraksi yang adekuat dan dipertahankan.
- 5) Dosis tertinggi dipakai 140 IU.
- 6) Bila dengan maka jumlah cairan tersebut (500 cc ringer laktat) tidak berhasil maka induksi dianggap gagal.

b) Teknik dua

Botol I

- 1) Mulai dosis 10 IU oksitosin dalam 500 cc ringer laktat.
Kecepatan 20 tetes per menit.
- 2) Bila tidak timbul kontraksi adekuat maka dosis dinaikkan 10 IU.

Botol II

- 1) Mulai dengan dosis awal 50 IU oksitosin dalam 500 cc ringer laktat.

- 2) Bila belum timbul kontraksi adekuat maka dosis dinaikan 20 IU setiap habis 100 cc tanpa menguak kecepatan tetesan sampai timbul kontraksi yang adekuat dan ini dipertahankan.
- 3) Dosis tertinggi yang dipakai dalam botol II adalah 130 IU oksitosin. Bila setelah ke -2 botol tersebut kontraksi belum adekuat, induksi dianggap gagal.

untuk meningkatkan keberhasilan maka dianjurkan:

1. Pemasangan laminaria sebelumnya (dilatasi serviks).
2. Melakukan amniotomi (bila memungkinkan).

Bila gagal, penderita diistirahatkan dan induksi diulangi lagi keesokan harinya. Tetesan oksitosin rendah: persiapan maupun cara pemberian oksitosin sama dengan tetesan oksitosin dosis tinggi (teknik I), hanya disini dimulai dengan dosis oksitosin 5 IU dan bila tidak timbul kontraksi yang adekuat, dosis dinaikkan 5 IU setiap 30 menit, maksimal 70 IU. Bila ditemukan water intoxication dengan gejala-gejala seperti kebingungan, stupor, kejang dan koma maka tindakan-tindakannya: tetesan segera dihentikan, mengusahakan diuresis secepat dan sebanyak mungkin. Sebelum melakukan pemberian tetesan oksitosin terutama pada janin mati perlu dilakukan pemeriksaan proses pembekuan darah.

3. Konsep Dasar Preeklamsia

a. Pengertian

Preeklamsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan oedema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas. Preeklamsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya tekanan 150/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Purwoastuti, 2015).

b. Tanda dan Gejala Kilis

1) Gejala klinis preeklamsia ringan meliputi:

- a) Kenaikan tekanan darah sistol 30 mmhg atau lebih; diastole 15 mmhg atau lebih sistol 140 mmhg sampai kurang 160 mmhg; diastole 90 mmhg sampai kurang 110 mmhg.
- b) Proteinuria: secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 2 (+2).
- c) Edema pada pretibia, dinding abdomen, lumboskral, wajah atau tangan.
- d) Kenaikan berat badan ibu 1 kilo atau lebih per minggu selama 2 kali berturut-turut minggu.
- e) Timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda-tanda preeklamsia berat.

2) Tanda-tanda preeklamsia berat

Bila ada salah satu diantara gejala atau tanda ditemukan pada ibu hamil sudah dapat digolongkan preeklamsia berat:

- a) Tekanan darah dari 160/110 mmhg.
- b) Oligouria, urin kurang dari 400cc/24 jam.
- c) Proteinuria lebih dari 3 gr/liter.

d) Keluhan subjektif

Nyeri epigastrium, gangguanpilihan, nyeri kepala, edema paru dan sianosis, gangguan kesadaran.

e) Pemeriksaan

Kadar enzim hati meningkat disertai ikterus, perdarahan pada retina, trombosit kurang dari 100.000/mm.

c. Patofisiologi

Penyebab preeklamsia belum diketahui secara jelas. Penyakit ini dianggap sebagai “maladaptation syndrome” akibat vasospasme general dengan segala akibatnya.

d. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan preeklamsia ringan.

a) Penatalaksanaan rawat jalan pasien preeklamsia ringan

Banyak istirahat (berbaring, tidur/miring), diet: cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam, sedativa ringan: tablet phenobarbital 3 x 30 mg atau diazepam 3 x 2 mg per oral selama 7 hari, roborantia, kunjungan ulang setiap 1 minggu, pemeriksaan laboratorium: hemoglobin, hematokrit, trombosit, urine lengkap, asam urat darah, fungsi hati, fungsi ginjal.

b) Penatalaksanaan rawat tinggal pasien preeklamsi ringan

berdasarkan kriteria.

Setelah 2 minggu pengobatan rawat jalan tidak menunjukkan adanya perbaikan dari gejala-gejala preeklamsia seperti: kenaikan berat badan ibu 1 kg atau lebih per minggu sela 2 kali berturut-turut (2 minggu), timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda-tanda preeklamsia berat. Bila setelah 1 minggu perawatan diatas tidak ada perbaikan maka preeklamsia ringan dianggap sebagai preeklamsia berat. Bila dalam perawatan di rumah sakit sudah ada perbaikan sebelum 1 minggu dan kehamilan masih preterm maka penderita tetap

dirawat selama 2 hari lagi baru dipulangkan. Perawatan lalu disesuaikan dengan perawatan rawat jalan.

c) Perawatan obstetrik pasien preeklamsia ringan:

Kehamilan preterm (kurang 37 minggu): bila desakan darah mencapai normotensif selama perawatan, persalinan ditunggu sampai aterm. Bila desakan darah turun tetapi belum mencapai normotensif selama perawatan maka kehamilannya dapat diakhiri pada umur kehamilan 37 minggu atau lebih. Kehamilan term (37 minggu atau lebih): persalinan ditunggu sampai terjadi onset persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan persalinan pada taksiran tanggal persalinan. Cara persalinan dapat dilakukan secara spontan. Bila perlu memperpendek kala II.

2) Penatalaksanaan preeklamsia berat

Ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala preeklamsia berat selama perawatan dibagi menjadi dua yaitu:

a) Perawatan aktif

Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada setiap penderita dilakukan pemeriksaan fetal assessment (NST dan USG). Indikasi: pada ibu usia kehamilan 37 minggu atau lebih, adanya tanda atau gejala impending eklempsia, kegagalan terapi konserfatit yaitu setelah 6 jam pengobatan meditasi terjadi kenaikan desakan darah atau setelah 24 jam perawatan medisinal, ada gejala status quo (tidak ada perbaikan). Janin hasil fetal assesment jelek (NST dan USG), adanya tanda IUGR. Laboratorium adanya "HELLP syndrome" (hemolisis dan peningkatan fungsi hepar, trombositopenia).

Pengobatan medisinal bagi pasien preeklamsia adalah segera masuk rumah sakit, tirah baring miring ke satu sisi, tanda vital di periksa setiap 30 menit, reflek patella setiap jam. Infuse dextrose 5% dimana setiap satu liter diselingi dengan infuse RL (60-125 cc/jam) 500 cc, antasida, diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam. Pemberian obat anti kejang: magnesium sulfat, diurektum tidak diberikan kecuali bila ada tanda-tanda edema paru, payah jantung kongestif atau edema anasarka, di berikan furosemid injeksi 40 mg/jam. Anti hipertensi diberikan bila desakan darah sistolik lebih 180 mmHg, diastolik lebih 110 mmHg atau MAP lebih 125 mmHg,

sasaran pengobatan adalah tekanan diastolik kurang 105 mmHg, (bukan kurang 90 mmHg) karena akan menurunkan perfungsi plasenta. Dosis antihipertensi sama dengan dosis antihipertensi pada umumnya, bila dibutuhkan penurunan tekanan darah secepatnya, dapat diberikan obat-obat antihipertensi parental (tetesan kontinyu), catapres injeksi, dosis yang biasa dipakai 5 ampul dalam 500 cc cairan infuse atau press disesuaikan dengan tekanan darah. Bila tidak tersedia antihipertensi parental dapat diberikan tablet antihipertensi secara sublingual diulangi selang 1 jam, maksimal 4-5 kali, bersama dengan awal pemberian secara oral. kardiotonika indikasinya bila ada tanda-tanda menjurus payah jantung, diberikan digitalisasi cepat dengan cediland D. Lain-lain: konsul bagian penyakit dalam/jantung, mata, obat-obat antipiretik diberikan bila suhu rektal lebih 38,5°C dapat dibantu dengan pemberian kompres dingin atau alkohol atau xylomidon 2cc IM. Antibiotik diberikan atas indikasi (4) diberikan ampicilin 1gr / 6 jam/IV/hari. Anti nyeri bila penderita kesakitan atau gelisah karena kontraksi uterus. dapat diberikan petidin HCL 50-75 mg sekali saja, selambat-lambatnya 2 jam sebelum jalan lahir.

Pemberian magnesium sulfat: dosis awal 4 gram MgSO₄ IV (20% dalam 20cc) selama 1 gr/menit kemasam 20% dalam 25 cc larutan MgSO₄ dalam 3-5 menit. diikuti segera 4 gr di bokong kiri dan 4 gram di bokong kanan (40% dalam 10 cc) dengan jarum no 21 panjang 3,7 cm, untuk mengurangi nyeri dapat diberikan 1cc xylocain 2% yang tidak mengandung adrenalin pada suntikan IM. Dosis ulangan: diberikan 4 gram intramuskuler 40% setelah 6 jam pemberian dosis awal lalu dosis ulangan diberikan 4 gram IM setiap 6 jam dimana pemberian MgSO₄ tidak melebihi 2-3 hari. Syarat-syarat pemberian MgSO₄: tersedia antidotum MgSO₄ yaitu calcium glukonas 10%, 1 gram (10% dalam 10cc) diberikan intravenous dalam 3 menit, refleks patella positif kuat, frekuensi pernapasan lebih 16 kali per menit. Produksi urin lebih 100 cc dalam 4 jam sebelumnya (0,5 cc/kgBb/jam). MgSO₄ dihentikan bila: ada tanda-tanda keracunan yaitu kelemahan otot, hipotensi, refleks fisiologis menurun, fungsi jantung terganggu, depresi klematan karena kelumpuhan dan selanjutnya dapat menyebabkan klematan karena kelumpuhan otot-otot pernapasan karena ada serum 10 U magnesium pada dosis adekuat adalah 4-7 mEq/liter, refleks fisiologis menghilang pada kadar 8-10 otot pernapasan

dan lebih 15 mEq/liter terjadi kematian jantung, bila timbul tanda-tanda keracunan magnesium sulfat hentikan pemberian magnesium sulfat, berikan calcium gluconase 10% 1 gram (10% dalam 10 cc), berikan oksigen, lakukan pernapasan bantuan, magnesium sulfat dihentikan juga bila setelah 4 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan (normotensif).

Pengobatan obstetrik cara terminasi kehamilan yang belum inpartu: induksi persalinan, tetesan oksitosin dengan syarat nilai bishop 5 atau lebih dan dengan fetal heart monitoring, seksio sesaria bila fetal asesmen jelek, syarat tetesan oksitosin tidak di penuhi (nilai bishop kurang dari 5) atau adanya kontraindikasi tetesan oksitosin, 12 jam setelah dimulainya tetesan oksitosin belum masuk fase aktif, pada primigravida lebih diarahkan untuk dilakukan terminasi dengan seksio sesaria. Cara terminasi kehamilan yang suda inpartu kala I fase laten 6 jam belum masuk fase aktif maka dilakukan seksio sesaria, fase aktif amniotomi saja, bila 6 jam setelah amniotomi belum terjadi pembukaan lengkap maka dilakukan seksio sesaria (bila perlu dilakukan tetesan oksitosin). Kala II pada persalinan pre vaginam maka kala II diselesaikan dengan partus buatan, amniotomi dan tetesan oksitosin dilakukan sekurang-kurangnya 3 menit setelah pemberian pengobatan medicinal, pada kehamilan 32 minggu atau kurang, bila keadaan memungkinkan, terminasi ditunda 2 kali 24 jam untuk memberikan kontrikosteroid.

b) Perawatan Konservatif

Indikasi bila kehamilan preterm kurang 37 minggu tanpa disertai tanda-tanda impending eklamsia dengan keadaan janin baik, pengobatan medicinal sama dengan perawatan medicinal pada pengelolaan aktif, hanya loading dose $MgSO_4$ tidak diberikan intravenous, cukup intramuskuler saja dimana 4 gram pada bokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan. Pengobatan obstetri: selama perawatan konservatif observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif hanya disini tidak dilakukan terminasi, $MgSO_4$ dihentikan bila ibu sudah mempunyai tanda-tanda preeklamsia ringan selambat - lambatnya dalam 24 jam, bila dalam 24 jam tidak ada perbaikan maka dianggap pengobatan medicinal gagal dan harus diterminasi., bila sebelum 24 jam hendak dilakukan tindakan maka diberi lebih dahulu $MgSO_4$ 20% 2 gram intravenous. Penderita dipulangkan

bila penderita kembali ke gejala-gejala/ tanda-tanda preeklamsia ringan dan telah dirawat selama 3 hari, bila selama 3 hari tetap berada dalam keadaan preeklamsia ringan penderita dapat dipulangkan dan dirawat sebagai preeklamsia ringan (diperkirakan lama perawatan 1-2 minggu).

2.1.3 Konsep Dasar BBL Normal

1. Pengertian

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Dewi, 2010).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat badan antara 2500 gram sampai 4000 gram dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2010).

Bayi baru lahir (neonatus) adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu, lahir melalui jalan lahir dengan presentasi kepala secara spontan tanpa gangguan, menangis kuat, napas secara spontan dan teratur, berat badan antara 2.500-4.000 gram serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin (Saifuddin, 2010).

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenetal (cacat bawaan) yang berat dan bayi baru lahir adalah hasil konsepsi yang baru saja keluar dari rahim seorang ibu melalui jalan lahir atau dengan bantuan alat tertentu sampai berusia 28 hari (Marmi, 2012).

2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Ciri-ciri bayi baru lahir yaitu lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2.500-4.000 gram, panjang 45-53 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan \pm 40-60 x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan

yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, Nilai APGAR > 7, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat, refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, refleks morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik, refleks grasping (menggenggam) sudah baik, pada anak laki-laki kematangan ditandai dengan testis dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang, pada anak perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora, dan eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan (viviana,2010).

3. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru lahir

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan di luar uterus:

a. Sistem pernapasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Perkembangan sistem pulnomer terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari.

Tabel 2.10 Perkembangan Sistem Pulmoner

Umur kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Dua bronki membesar
6 minggu	Dibentuk segmen bronkus
12 minggu	Diferensiasi lobus
16 minggu	Dibentuk bronkiolus
24 minggu	Dibentuk alveolus
28 minggu	Dibentuk surfaktan
34-36 minggu	Maturasi struktur (paru-paru dapat mengembangkan sistem alveoli dan tidak mengempis lagi)

Sumber : Marmi, 2012.

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir, penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi), dan rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik).

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia dan suhu akhirnya bayi memulai aktivasi napas untuk yang pertama kali.

b. Sistem peredaran darah

Aliran darah dari plasenta berhenti saat tali pusat diklem dan karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan napas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari napas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi sistem bertekanan rendah. Ketika janin dilahirkan segera bayi menghirup udara dan menangis kuat, dengan demikian paru-paru berkembang. Tekanan paru-paru mengecil dan darah mengalir ke paru-paru.

c. Produksi panas (suhu tubuh)

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stres fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu di dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya 0.6°C sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus. Tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi adalah luasnya perubahan tubuh bayi, Pusat pengaturan suhu tubuh yang belum berfungsi secara sempurna, Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas. Suhu tubuh normal pada neonatus adalah $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ melalui

pengukuran di aksila dan rektum, jika suhu kurang dari 35°C maka bayi disebut mengalami hipotermia.

Gejala hipotermia:

- 1) Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, letargi, hipotonus, tidak kuat menghisap ASI dan menangis lemah.
 - 2) Pernapasan megap-megap dan lambat, serta denyut jantung menurun.
 - 3) Timbul sklerema: kulit mengeras berwarna kemerahan terutama dibagian punggung, tungkai dan lengan.
 - 4) Muka bayi berwarna merah terang.
 - 5) Hipotermia menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, ikterus dan kematian.
- Empat mekanisme kehilangan panas tubuh dari bayi baru lahir:

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda disekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contohnya : menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

b) Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara). Contoh : membiarkan atau menmpatkan bayi baru lahir dekat jendela,

membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin.

c) Radasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemisahan panas antara dua objek yang mempunyai suhu yang berbeda. Contoh: bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan air conditioner (AC) tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi baru lahir diletakkan berdekatan dengan ruangan yang dingin, misalnya dekat tembok.

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati.

d. Keseimbangan cairan dan fungsi ginjal

Fungsi ginjal neonatus belum sempurna, hal ini karena jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa, tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal dan aliran darah ginjal (*renal blood flow*) pada neonatus relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa. Bayi berumur tiga hari ginjalnya belum dipengaruhi oleh pemberian air minum, sesudah lima hari barulah ginjal mulai memproses air yang didapatkan setelah lahir.

Bayi baru lahir cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urin pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu 30-60 ml. Normalnya dalam urin tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal.

e. Saluran pencernaan

Masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium (zat yang berwarna hitam kehijauan). Adanya pemberian susu,

mekonium mulai digantikan oleh tinja tradisional pada hari ke 3-4 yang berwarna coklat kehijauan.

Aktifitas mulut saat lahir sudah mulai berfungsi yaitu menghisap dan menelan, saat menghisap lidah berposisi dengan palatum sehingga bayi hanya bernapas melalui hidung, rasa kecap dan mencium sudah ada sejak lahir, saliva tidak mengandung enzim tepung dalam tiga bulan pertama. Adapun adaptasi saluran pencernaan adalah :

- 1) Pada hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100 cc.
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- 3) Difisiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- 4) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia 2-3 bulan.

f. Hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna.

g. Imunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah dan meminimalkan infeksi.

Bayi baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibodi keseluruhan terhadap

antigen asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupannya. Salah satu tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh. Karena adanya defisiensi kekebalan alami yang didapat ini, bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba dan deteksi dini infeksi menjadi sangat penting.

h. Metabolisme

Jam-jam pertama energi didapatkan dari pembakaran karbohidrat dan pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih pada hari keenam, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

Energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir, diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/100 ml. Apabila oleh sesuatu hal, misalnya bayi dari ibu yang menderita DM dan BBLR perubahan glukosa menjadi glikogen akan meningkat atau terjadi gangguan pada metabolisme asam lemak yang tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemi.

Memfungsikan otak, bayi baru lahir memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Setelah tindakan penjepitan tali pusat dengan klem pada saat lahir, seorang bayi harus mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Setiap bayi baru lahir glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam). Koreksi penurunan gula darah dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu melalui penggunaan ASI (bayi baru lahir sehat harus didorong untuk diberi ASI secepat mungkin setelah lahir), melalui penggunaan cadangan glikogen (*glikogenesis*), melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (*gluconeogenesis*).

i. Kelenjar endokrin

Adapun penyesuaian pada sistem endokrin adalah:

1) Kelenjar tiroid berkembang selama minggu ke-3 dan 4.

2) Sekresi-sekresi thyroxyn dimulai pada minggu ke-8. Thyroxyn maternal adalah bisa memintasi plasenta sehingga fetus yang tidak memproduksi hormon thyroid akan lahir dengan

hypotiroidisme konginetal jika tidak ditangani akan menyebabkan reterdasi mental berat.

3) Kortek adrenal dibentuk pada minggu ke-6 dan menghasilkan hormon pada minggu ke-8 atau minggu ke-9.

4) Pankreas dibentuk dari foregut pada minggu ke-5 sampai minggu ke-8 dan pulau langerhans berkembang selama minggu ke-12 serta insulin diproduksi pada minggu ke-20 pada infant dengan ibu DM dapat menghasilkan fetal hyperglikemi yang dapat merangsang hyperinsulinemia dan sel-sel pulau hyperplasia hal ini menyebabkan ukuran fetus yang berlebih.

5) Hyperinsulinemia dapat memblock maturasi paru sehingga dapat menyebabkan janin dengan risiko tinggi distress pernapasan.

j. Keseimbangan asam basa

Derajat keasaman (Ph) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerobik. Dalam 24 jam neonatus telah mengkompensi asidosis.

k. Susunan syaraf

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang stabil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut dan tremor pda ekstremitas. Perkembangan neonatus terjadi cepat ; sewaktu bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya, kontrol kepala,tersenyum) akan berkembang. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal.

3. Masa Transisi Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Masa transisi adalah masa ketika bayi menstabilkan dan menyesuaikan diri dengan kemandirian ekstraputeri. Periode transisi bayi baru lahir : perilaku dan temuan pada bayi baru lahir serta dukungan bidan.

- 1) Periode reaktivitas pertama dari lahir hingga 30 menit pertama kehidupan

a) Perilaku/ temuan

Frekuensi jantung cepat, terlihat denyutan tali pusat, warna menunjukkan sianosis sementara atau akrosianosis, pernapasan ceat di batas atas rentang normal, Ronki harus hilang dalam 20 menit, mungkin menunjukkan pernapasan cuping hidung disertai bunyi dengkur dan retraksi dinding dada, lendir biasanya akibat cairan paru yang tertahan, lendir encer, jernih, kadang terdapat gelembung-gelembung kecil, mata membuka, bayi menunjukkan perilaku siaga, mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu, seringkali mengeluarkan faeces sesaat setelah lahir, bising usus biasanya timbul dalam 30 menit, bayi memfokuskan pandangannya pada ibu atau ayahnya ketika mereka berada pada lapang pandang yang tepat dan kebanyakan akan menyusui pada periode ini.

b) Dukungan bidan

Maksimalkan kontak antara ibu dan bayi baru lahir, bantu ibu menggendong bayi untuk memfasilitasi proses saling mengenal, dorong ibu untuk menyusui bayinya ketika bayi berada pada tahap sangat siaga sebagai upaya melindungi bayi dari hipoglikemia fisiologis yang terjadi setelah lahir dan minimalkan prosedur maternal yang tidak nyaman selama periode ini.

- 2) Periode tidur yang tidak berespon usia 30 menit hingga 2 jam

a) Perilaku atau temuan

Frekuensi jantung menurun hingga kurang dari 140 denyut per menit pada periode ini, dapat terdengar murmur; indikasi bahwa duktus arteriosus belum sepenuhnya menutup (temuan normal), frekuensi pernapasan menjadi lebih lambat dan tenang serta tidur dalam .Bising usus terdengar, namun kurang.

b) Dukungan bidan

Jika memungkinkan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan mayor atau dimandikan selama periode ini, dalam yang pertama ini memungkinkan bayi pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrasuteri.

3) Periode reaktivitas kedua 2 hingga 6 jam kehidupan

a) Perilaku atau temuan

Frekuensi jantung stabil, warna cepat berubah karena pengaruh stimulus lingkungan, frekuensi pernapasan bervariasi, karena aktivitas, harus <60 kali per menit tanpa disertai ronki, mungkin berminat untuk menyusu dan mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan meludahkan susu bercampur lendir.

b) Dukungan bidan

Pemberian makan dini, dorong pemberian ASI, bayi yang diberi susu botol biasanya minum kurang dari 30 ml tiap pemberian, wanita yang baru menjadi ibu harus diberi tahu teknik menyendawakan, lendir yang muncul selama pemberian makan dini dapat menghambat pemberian makan yang adekuat. Lendir yang banyak mungkin mengindikasikan adanya masalah, seperti atresia esofagus. Lendir yang bercampur empedu menandakan adanya penyakit.

4. Asuhan Kebidanan bayi Baru Lahir (Marmi,2012)

a. Asuhan segera bayi baru lahir

Adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek-aspek penting asuhan segera bayi baru lahir :

- 1) Memantau pernafasan dan warna kulit bayi setiap 5 menit sekali.
- 2) Jaga agar bayi tetap kering dan hangat dengan cara ganti handuk atau kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut serta pastikan kepala bayi telah terlindung baik.
- 3) Memeriksa telapak kaki bayi setiap 15 menit, jika telapak bayi dingin periksa suhu aksila bayi dan jika suhu kurang dari 36,5 °C segera hangatkan bayi.
- 4) Kontak dini dengan bayi

Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin untuk kehangatan yaitu untuk mempertahankan panas dan untuk ikatan batin dan pemberian ASI. Jangan pisahkan ibu dengan bayi dan biarkan bayi bersama ibunya paling sedikit 1 jam setelah persalinan. Adapun penilaian pada bayi baru lahir dilakukan dengan penilaian APGAR score.

Tabel 2.11 Nilai APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	<i>Blue</i> (seluruh tubuh biru atau pucat)	<i>Body pink, Limbs Blue</i> (tubuh kemerahan, ekstremitas biru)	<i>All pink</i> (seluruh tubuh kemerahan)
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	<i>Absent</i> (tidak ada)	< 100	>100
<i>Grimace</i> (refleks)	<i>None</i> (tidak bereaksi)	<i>Grimace</i> (sedikit gerakan)	<i>Cry</i> (reaksi melawan, menangis)
<i>Activity</i> (tonus otot)	<i>Limp</i> (lumpuh)	<i>Some Flexion of Limbs</i> (ekstremitas)	<i>Active Movement, limbs Well Flexed</i> (gerakan aktif, ekstremitas fleksi)

sedikit fleksi) dengan baik)

<i>Respiratory Effort</i> (usaha bernafas)	<i>None</i> (tidak ada)	<i>Slow, irregular</i> (lambat, tidak teratur)	<i>Good, strong cry</i> (menangis kuat)
--	-------------------------	--	---

Sumber : Marmi, 2012.

b. Asuhan bayi baru lahir

Asuhan yang diberikan dalam waktu 24 jam. Asuhan yang diberikan adalah :

- 1) Lanjutkan pengamatan pernafasan, warna dan aktivitas
- 2) Pertahankan suhu tubuh bayi yaitu hindari memandikan minimal 6 jam dan hanya setelah itu jika tidak terdapat masalah medis serta suhunya $36,5^{\circ}\text{C}$ atau lebih, bungkus bayi dengan kain yang kering atau hangat dan kepala bayi harus tertutup.

3) Pemeriksaan fisik bayi

Butir-butir penting pada saat memeriksa bayi baru lahir: Gunakan tempat yang hangat dan bersih, Cuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa, gunakan sarung tangan, dan bertindak lembut pada saat menangani bayi, Lihat, dengar dan rasakan tiap-tiap daerah mulai dari kepala sampai jari-jari kaki, jika ada faktor resiko dan masalah minta bantuan lebih lanjut jika diperlukan dan rekam hasil pengamatan.

- 4) Berikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi. Vitamin K pada BBL hal-hal yang harus dilakukan adalah semua BBL normal dan cukup bulan berikan vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari. Bayi

resti berikan vitamin K paretral dengan dosis 0,5-1 mg. Jenis vitamin K yang digunakan adalah vitamin K1. Vitamin K1 diberikan intramuskular atau oral. Dosis untuk semua bayi baru lahir Intramuskular, 1 mg dosis tunggal, Oral 2 mg diberikan pada waktu bayi baru lahir umur 3-7 hari dan pada saat bayi berumur 1-2 bulan. Bayi ditolong oleh dukun wajib diberikan vitamin K1 secara oral. Penyediaan vitamin K1 dosis injeksi 2 mg/ml/ampul, dosis oral 2 mg/tablet yang dikemas dalam bentuk strip 3 tablet atau kelipatannya. Profilaksis vitamin K1 pada bayi baru lahir dijadikan sebagai program nasional.

5) Inisiasi Menyusu Dini (Ambarwati dan Wulandari, 2010)

IMD adalah bayi yang mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Inisiasi menyusu dini yang dianjurkan. Begitu bayi lahir diletakkan diatas perut ibu yang sudah dialasi kain kering. Keringkan seluruh tubuh bayi termasuk kepala secepatnya. Tali pusat dipotong lalu diikat, Vernik (zat lemak putih) yang melekat ditubuh bayi sebaiknya tidak dibersihkan karena zat ini membuat nyaman kulit bayi. Tanpa dibedong, bayi langsung ditengkurapkan di dada ibu atau diperut ibu dengan kontak kulit bayi dan kulit ibu. Ibu dan bayi diselimuti bersama-sama. Jika perlu bayi diberi topi untuk mengurangi pengeluaran panas dari kepalanya. Keuntungan IMD, Bagi bayi: Makanan dengan kualitas dan kuantitas yang optimal agar kolostrum segera keluar yang disesuaikan dengan kebutuhan bayi. Memberikan kesehatan bayi dengan kekebalan pasif yang segera kepada bayi. Kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi. Meningkatkan kecerdasan. Membantu bayi mengkoordinasikan hisap, telan dan nafas. Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi. Mencegah kehilangan panas. Merangsang kolostrum segera keluar. Bagi ibu

merangsang produksi oksitosin dan prolaktin.

Meningkatkan keberhasilan produksi ASI. Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi.

- 6) Identifikasi bayi merupakan alat pengenalan bayi agar tidak tertukar.

7) Perawatan lain

Perawatan lain adalah: lakukan perawatan tali pusat. Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi pulang ke rumah beri imunisasi BCG, polio oral, dan hepatitis B. Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua. Ajarkan pada orang tua cara merawat bayi. Beri ASI sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam. Pertahankan bayi agar selalu dekat ibu. Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering. Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi. Awasi masalah dan kesulitan pada bayi. Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik.

Ketika pasien mau pulang, sebaiknya bidan melakukan evaluasi sebagai berikut : Tanda-tanda vital bayi, tangisan, warna kulit, tonus otot dan tingkat aktivitas. Apakah bayi sudah BAB. Apakah bayi sudah dapat menyusui dengan benar. Apakah ibu menunjukkan bahwa ia sudah dapat menangani neonatal dengan benar. Apakah suami dan keluarga sudah dilibatkan dalam hal perawatan neonatal. Apakah sudah cukup persediaan pakaian atau perlengkapan bayi dirumah. Apakah keluarga memiliki rencana tindak lanjut kunjungan. Apakah memiliki rencana transportasi ke rumah.

5. Kunjungan neonatal

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015 pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu :

- a. Kunjungan Neonatal pertama 6 jam – 48 jam setelah

lahir (KN 1) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan

pelayanan dapat dilaksanakan sebelum bayi pulang dari

fasilitas kesehatan (≥ 24 jam) dan untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6 - 24 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan jaga kehangatan tubuh bayi, berikan Asi Eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat.

b. Kunjungan Neonatal kedua hari ke 3 – 7 setelah lahir (KN 2)

Hal yang dilakukan adalah jaga kehangatan tubuh bayi, berikan Asi Eksklusif, cegah infeksi, dan rawat tali pusat.

c. Kunjungan Neonatal ketiga hari ke 8 – 28 setelah lahir (KN

3) Hal yang dilakukan adalah periksa ada / tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit. Hal yang dilakukan yaitu jaga kehangatan tubuh bayi, beri ASI Eksklusif dan rawat tali pusat.

6. Kebutuhan Fisik BBL

a. Nutrisi

Berikan asi sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan tentu saja ini lebih berarti pada menyusui sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi setiap 2-3 (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. seorang bayi yang menyusui sesuai permintaannya bisa menyusu sebanyak 12-15 dalam 24 jam. biasanya, ia langsung mengosongkan payudara pertama dalam beberapa menit. Frekuensi menyusu itu dapat diatur sedemikian rupa dengan membuat jadwal rutin, sehingga bayi akan menyusu sekitar 5-10 kali dalam sehari (Marmi,2012).

Pemberian asi saja cukup, pada periode usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas

terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan ataupun minuman lainnya. Pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi untuk menghisap.

Para ahli anak di seluruh dunia dalam Kristiyanasari (2011) telah mengadakan penelitian terhadap keunggulan ASI. Hasil penelitian menjelaskan keunggulan ASI dibanding dengan susu sapi atau susu buatan lainnya adalah sebagai berikut:

- 1) ASI mengandung hampir semua gizi yang diperlukan oleh bayi dengan konsentrasi yang sesuai dengan bayi.
- 2) ASI mengandung kadar laktosa yang lebih tinggi, dimana laktosa ini dalam usus akan mengalami peragian sehingga membentuk asam laktat yang bermanfaat dalam usus bayi, manfaatnya adalah:
 - a) Menghambat pertumbuhan bakteri yang patologis.
 - b) Merangsang pertumbuhan mikroorganik yang dapat menghasilkan berbagai asam organik dan mensintesa berbagai jenis vitamin dalam usus.
 - c) Memudahkan pengendapan kalsium casein (protein susu).
 - d) Memudahkan penyerapan berbagai jenis mineral.
- 3) ASI mengandung antibody yang dapat melindungi bayi dari berbagai penyakit.
- 4) ASI lebih aman dari kontaminasi, karena diberikan langsung, sehingga kecil kemungkinan tercemar zat berbahaya.

- 5) Resiko alergi pada bayi kecil sekali karena tidak mengandung betalatoglobulin.
- 6) ASI dapat sebagai prantara untuk menjalin hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi.
- 7) Temperatur ASI sama dengan temperatur tubuh bayi.
- 8) ASI membantu pertumbuhan gigi lebih baik.
- 9) Kemungkinan tersedak pada waktu menetek ASI kecil sekali.
- 10) ASI mengandung laktoferin untuk mengikat zat besi.
- 11) ASI lebih ekonomis, praktis tersedia pada setiap waktu pada suhu yang ideal dan dalam keadaan yang segar.
- 12) Dengan memberikan ASI kepada bayi berfungsi menjarangkan kelahiran.

berikut ini merupakan prosedur pemberian ASI yang harus diperhatikan:

- 1) Tetek bayi segera atau selambatnya setengah jam setelah bayi lahir.
- 2) Biasakan mencuci tangan dengan sabun setiap kali sebelum menetekkan.
- 3) Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai disinfektan dan menjaga kelembapan puting susu.
- 4) Bayi diletakan menghadap perut ibu.

- 5) Ibu duduk dikursi yang rendah atau berbaring dengan santai, bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah (kaki ibu tidak bergantung) dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- 6) Bayi dipegang pada bahu dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu (kepala tidak boleh menengadah, dan bokong bayi ditahan senagan telapak tangan).
- 7) Satu tangan bayi diletakan pada badan ibu dan satu di depan perut.
- 8) Bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara telinga dengan lengan ibu, bayi terletak pada satu garis lurus, ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- 9) Payudara dipegang dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menompang dibawa. Bayi diberi rangasangan untuk membuka mulut dengan cara: menyentuh pipi bayi dengan putting susu atau menyentuh sisi mulut bayi, setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakan kepayudara ibu dengan putting serta aerolanya dimasukan kemulut bayi. Usahakan sebagaiaan besar aerola dapat masuk kedalam mulut bayi sehingga putting berada dibawah langit-langit dan

lidah bayi akan menekan ASI keluar, setelah bayi mulai menghisap payudara tidak perlu dipegang atau disanggah.

10)Melepas isapan bayi setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitar dan biarkan kering dengan sendirinya untuk mengurangi rasa sakit.

11)Selanjutnya sendawakan bayi, tujuannya untuk mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh) setelah menyusui. Cara menyendawakan bayi : bayi dipegang tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan bayi tidur tengkurap di pangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.

12)Jangan mencuci puting payudara menggunakan sabun atau alkohol karena dapat menyebabkan pengerasan yang bisa mengakibatkan terjadinya luka, selain itu, rasa puting payudara akan berbeda, sehingga bayi enggan menyusui.

b. Cairan dan Elektrolit

Air merupakan nutrisi yang berfungsi menjadi medium untuk nutrisi yang lain. Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi 75-80% dari berat badan dibandingkan dengan

orang dewasa yang hanya 55-60%. Bayi baru lahir memenuhi kebutuhan cairannya melalui ASI. Segala kebutuhan nutrisi dan cairan di dapat dari ASI. Kebutuhan cairan (*Darrow*):

- 1) $BB \leq 10 \text{ kg} = BB \times 100 \text{ cc}$
- 2) $BB 10-20 \text{ kg} = 1000 + (BB \times 50) \text{ cc}$
- 3) $BB > 20 \text{ kg} = 1500 + (BB \times 20) \text{ cc}$

c. Personal Hygiene

Memandikan bayi baru lahir merupakan tantangan tersendiri bagi ibu baru. Ajari ibu, jika ibu masih ragu untuk memandikan bayi karena tali pusatnya belum putus, maka bisa memandikan bayi dengan melap seluruh badan dengan menggunakan waslap saja. Yang penting siapkan air hangat tidak berangin. Lap wajah, terutama area mata dan sekujur tubuh dengan lembut. jika mau menggunakan sabun sebaiknya pilih sabun yang 2 in 1, bisa untuk keramas sekaligus sabun mandi. Keringkan bayi dengan cara membungkusnya dengan handuk kering.

Prinsip perawatan tali pusat menurut Sodkin (2012):

- 1) Jangan membungkus pusat atau mengoleskan bahan atau ramuan apapun ke putung tali pusat.

- 2) Mengusapkan alkohol ataupun iodine povidine (Betadine) masih diperkenankan sepanjang tidak menyebabkan tali pusat basah atau lembab. mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak di kompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab. Hal-hal yang perlu menjadi perhatian ibu dan keluarga yaitu:

- a) Memperhatikan popok di area puntung tali pusat.

- b) Jika puntung tali pusat kotor, cuci secara hati-hati dengan air matang dan sabun. Keringkan secara saksama dengan air bersih.
- c) Jika pusat menjadi merah atau mengeluarkan nanah atau darah harus segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan.
- d) Jika tali pusat bayi baru lahir sudah putus, bersihkan liang pusar dengan cotton bud yang telah diberi minyak telon atau baby oil. Usapkan minyak telon di dada dan perut bayi sambil dipijat lembut. Kulit bayi baru lahir terlihat sangat kering karena dalam transisi dari lingkungan rahim ke lingkungan berudara. Oleh karena itu, gunakan baby oil untuk melembabkan lengan dan kaki bayi. Setelah itu bedaki lipatan-lipatan pada paha dan tangan agar tidak teriritasi. Hindari membedaki wajah jika menggunakan bedak tabur karena bahan tabur tersebut berbahaya jika terhirup napas bayi. Bisa menyebabkan sesak napas atau infeksi saluran pernapasan.

7. Kebutuhan Kesehatan Dasar

a. Pakaian

Pakaian baju ukuran bayi baru lahir yang berbahan katun agar mudah menyerap keringat. Sebaiknya memilih pakaian

berkancing depan untuk memudahkan pemasangan pakain. Jika suhu ruangan kurang dari 25⁰ C beri bayi pakaian dobel agar tidak kedinginan. Tubuh bayi baru lahir biasanya sering terasa dingin, oleh karena itu usahakan suhu ruangan tepat bayi baru lahir berada di 27⁰ C. Tapi biasanya sesudah sekitar satu minggu bayi baru lahir akan merespon terhadap suhu lingkungan sekitarnya dan mulai bisa maksimal.

b. Sanitasi lingkungan

Bayi masih memerlukan bantuan orang tua dalam mengontrol kebutuhan sanitasinya seperti kebersihan air yang digunakan untuk memandikan bayi, kebersihan udara yang segar dan sehat untuk asupan oksigen yang maksimal.

c. Perumahan

Suasana yang nyama, aman tentram dan rumah yang harus didapat bayi dari orang tua juga termasuk kebutuhan terpenting bagi bayi itu sendiri. Saat dingin bayi akan mendapat kehangatan dari rumah yang terpenuhi kebutuhannya. Kebersihan rumah juga tidak kalah penting karena dirumah seorang anak dapat berkembang sesuai keadaan rumah itu. Bayi harus dibiasakan dibawa keluar selama 1-2 jam sehari (bila udara baik).

d. Kasih sayang (Bouding Attachment)

Menjelaskan ikatan antara ibu dan bayinya telah terjadi sejak masa kehamilan dan pada saat persalinan ikatan itu akan semakin kuat. Bouding merupakan suatu hubungan yang awal dari saling mengikat diantara orang tua dan anak, ketika pertama kali bertemu. Attachment adalah suatu perasaan kasih sayang yang meningkat satu sama lain setiap waktu dan bersifat unuk dan memerlukan kesabaran. Hubungan antara ibu dengan bayinya harus dibina setiap saat antara ibu, ayah dan bayi disebut *Bouding Attachment* melalui touch/sentuhan. Cara untuk melakukan *Bouding Attachment* ada bermacam-macam antara lain (Nugroho dkk, 2014):

1) Pemberian ASI eksklusif

Dengan dilakukannya pemberian ASI secara eksklusif segera setelah lahir, secara langsung bayi akan memahami kontak kulit dengan ibunya yang menjadikan

ibu merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.

2) Rawat gabung

Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat (*early infant mother bonding*) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya. Hal ini sangat mempengaruhi perkembangan psikologi bayi selanjutnya, karena kehangatan tubuh ibu merupakan stimulasi mental yang mutlak dibutuhkan oleh bayi. Bayi yang merasa aman dan terlindungi merupakan dasar terbentuknya rasa percaya diri dikemudian hari.

3) Kontak mata (*Eye to eye contact*)

Kesadaran untuk membuat kontak mata dilakukan dengan segera. Kontak mata mempunyai efek yang erat terhadap perkembangan yang dimulainya hubungan dan rasa percaya sebagai faktor yang penting dalam hubungan pada umumnya. Bayi baru lahir dapat memusatkan perhatian kepada satu objek pada saat 1 jam setelah kelahiran dengan jarak 20-25 cm dan dapat memusatkan pandangan sebaiknya orang dewasa pada usia kira-kira 4 bulan.

4) Suara (Voice)

Respon antara ibu dan bayi dapat berupa suara masing-masing. Ibu akan menantikan tangisan pertama bayinya, dari tangisan tersebut ibu menjadi tenang karena merasa bayinya baik-baik saja (hidup). Bayi dapat mendengar sejak dalam rahim, jadi tidak mengherankan jika ia dapat mendengar suara-suara dan membedakan nada dan kekuatan sejak lahir, meskipun suara-suara itu terhalang selama beberapa hari oleh cairan amniotic dari rahim yang melekat pada telinga.

5) Aroma (Odor)

Indra penciuman pada bayi baru lahir sudah berkembang dengan baik dan masih memainkan peran dalam nalurinya untuk mempertahankan hidup. Penelitian menunjukkan bahwa kegiatan seorang bayi, detak jantung, dan pola bernapasnya berubah setiap kali hadir bau yang baru, tetapi bersamaan dengan semakin

dikenalnya bau itu, bayi pun berhenti bereaksi, pada akhir minggu pertama, seorang bayi dapat mengenali bau ibunya, bau tubuh dan bau air susunya. Indra penciuman bayi akan sangat kuat jika seorang ibu dapat memberikan ASI-nya pada waktu tertentu.

6) Sentuhan (Touch)

Ibu memulai dengan sebuah ujung jarinya untuk memeriksa bagian kepala dan ekstremitas bayinya, perabaan digunakan untuk membelai tubuh dan mungkin bayi akan dipeluk oleh lengan ibunya, gerakan dilanjutkan sebagai usapan lembut untuk menenangkan bayi akan merpat pada payudara ibu, menggenggam satu jari atau seuntai rambut dan terjadilah ikatan antara keduanya.

7) *Entrainment*

Bayi mengembangkan irama akibat kebiasaan. Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicara orang dewasa. Mereka menggoyangkan tangan, mengangkat kepala, menendang-nendang kaki. *Entrainment* terjadi pada saat anak mulai berbicara.

8) Bioritme

Salah satu tugas bayi baru lahir adalah membentuk ritme personal (bioritme). Orang tua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsive.

9) Rasa aman

Rasa aman anak masih dipantau oleh orang tua secara intensif dan dengan kasih sayang yang diberikan, anak merasa aman.

10) Harga diri

Dipengaruhi oleh orang sekitar dimana pemberian kasih sayang dapat membentuk harga diri anak. Hal ini bergantung pada pola asuh, terutama pola asuh demokratis dan kecerdasan emosional.

2.1.4 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian masa nifas

Masa Nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010). Masa Nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Yanti, 2011). Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Marmi, 2014).

Masa Nifas atau *puerperium* adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu. Masa Nifas atau *puerperium* dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2009). Masa Nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah *plasenta* keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa Nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009).

2. Tujuan asuhan masa nifas

Menurut Marmi, 2014 tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas adalah menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis, melaksanakan *skrining* secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari, mencegah infeksi dan komplikasi pada ibu, memberikan pelayanan keluarga berencana, mendapatkan kesehatan emosional, mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.

3. Peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas

Menurut Yanti, dkk: 2011 bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Asuhan kebidanan pada masa nifas merupakan hal yang sangat penting karena periode ini merupakan masa kritis bagi ibu maupun bayinya. Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas antara lain memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas, sebagai promotor

hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga, mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman, membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi, mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan, memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktikkan kebersihan yang aman, melakukan manajemen asuhan kebidanan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas, memberikan asuhan secara profesional, teman terdekat sekaligus pendamping ibu nifas dalam menghadapi saat-saat kritis masa nifas.

4. Tahapan masa nifas

Menurut Marmi 2011, masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung lama kira-kira 6 minggu. Nifas dapat di bagi kedalam 3 periode :

- a. Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan.
- b. Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu.
- c. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih kembali dan sehat sempurna baik selama hamil atau sempurna. Terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

5. Kebijakan program nasional masa nifas

Menurut permenkes dalam Buku KIA (2015), pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu kunjungan pertama 6 jam- 3 hari post partum, kunjungan kedua 4-28 hari post partum, kunjungan ketiga 29-42 hari post partum.

Asuhan yang diberikan untuk kunjungan nifas dibagi sebagai berikut :

a. Kunjungan pertama 6 jam- 3 hari post partum

Hal yang dilakukan yaitu menanyakan kondisi ibu nifas secara umum, pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi, pemeriksaan lochea dan perdarahan, pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi, pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri, pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian Asi eksklusif, pemberian kapsul vitamin A, mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, pemberian Asi eksklusif, mengajar cara memperat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi, setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka harus menjaga ibu dan bayi 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.

Memberikan nasihat yaitu Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan, Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari, Istirahat cukup saat bayi tidur ibu istirahat, bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi, hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan, perawatan bayi yang benar, jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama karena akan membuat bayi stress, lakukan simulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.

b. Kunjungan 4-28 hari post partum

Hal yang dilakukan yaitu memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan, memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup,

- memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan, memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui, dan memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- c. Kunjungan 29-42 hari post partum

Hal yang dilakukan yaitu menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas, tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi, memberikan konseling KB secara dini.

6. Perubahan fisiologi masa nifas

Menurut Nugroho, 2014 perubahan anatomi fisiologi masa nifas :

a. Perubahan sistem reproduksi

Alat – alat genital interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi.

1) Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

a. Iskemia Miometrium

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

b. Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.

c. Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

d. Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang akan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 2.12 Perubahan – Perubahan Normal pada Uterus Selama Postpartu.

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Nugroho, 2014

2) Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol pada kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh trhombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka.

Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak terpakai lagi pada pembuangan *lokhea*.

3) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan *diafragma pelvis fasia* yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan,

kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : *ligamentum rotundum* menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen fasia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi agak kendur.

4) Perubahan serviks

Segera setelah melahirkan serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan bentuk seperti corong. Hal ini disebabkan Korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Selesai involusi, *ostium eksternum* tidak sama waktu sebelum hamil. Umumnya, *ostium eksternum* lebih besar, tetap ada retakan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya.

5) Lokhea

Lokhea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. *Lokhea* mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda, pada setiap wanita. *Lokhea* mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran *lokhea* dapat dibagi menjadi *lokhea rubra*, *sanguilenta*, *serosa* dan *alba*. Perbedaan masing-masing *lokhea* sebagai berikut :

a) *Lokhea rubra*

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

b) *Lokhea sanguinolenta*

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

c) *Lokhea serosa*

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

d) *Lokhea alba*

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati, *lokhea alba* ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

6) Perubahan vulva, vagina dan perineum.

Selama proses persalinan vulva dan vagina yang mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan ini kembali ke dalam keadaan kendor. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum melahirkan terjadi pada saat perineum melahirkan mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

b. Perubahan sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

1) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laseras jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

c. Perubahan sistem perkemihan

Pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antar lain:

1) *Hemostatis internal*

Tubuh, terdiri dari air dan unsur-unsur yang larut di dalamnya, dan 70 persen dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang disebut dengan cairan intraselular. Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain edema dan dehidrasi. Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume air yang terjadi pada tubuh karena pengeluaran berlebihan dan tidak diganti.

2) Keseimbangan asam basa tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut PH. Batas normal PH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila $PH > 7,40$, disebut alkalosis dan jika $PH < 7,35$ disebut asidosis.

3) Pengeluaran sisa metabolisme

Zat toksin ginjal mengekskresi hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatinin. Ibu postpartum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil pada ibu postpartum, antara lain :

- a) Adanya odema trigonum yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin.
- b) Diaforesis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang tertetasi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.
- c) Depresi dari sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi.

d. Perubahan sistem muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi:

1) Dinding perut dan peritoneum.

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot-otot rectus abdominis, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit.

2) Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding abdomen dapat kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan post natal.

3) *Striae*

Striae adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut dinding abdomen. *Striae* pada dinding abdomen. *Striae* pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna

melainkan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat diastasis muskulus rektus abdominis pada ibu postpartum dapat dikaji melalui keadaan umum, aktivitas, *paritas* dan jarak kehamilan, sehingga dapat membantu menentukan lama pengembalian tonus otot menjadi normal.

4) Perubahan *ligamen*

Setelah jalan lahir, ligamen-ligamen, diafragma pelvis dan fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur – angsur menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.

5) *Simpisis pubis*

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi. Namun demikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan simpisis pubis antara lain : nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat dipalpasi. Gejala ini dapat menghilang setelah beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap.

e. Perubahan sistem endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut antara lain:

1) Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormon plasenta (human placenta lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* menurun dengan cepat dan menetap sampai 10 persen dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 postpartum.

2) Hormon pituitary

Hormon pituitary antara lain: hormon *prolaktin*, *FSH* dan *LH*. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berperan dalam pembesaran payudara

untuk merangsang produksi susu. *FSH* dan *LH* meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3, dan *LH* tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) *Hipotalamik pituitary ovarium*

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan berkisar 16 persen dan 545 persen setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40 persen setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90 persen 24 minggu.

4) Hormon oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ke tiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu *invulusi uteri*.

5) Hormon estrogen dan progesteron dan vulva serta vagina.

Volume darah normal selama kehamilan, akan meningkat. Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina.

f. Perubahan tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas antara lain:

1) Suhu badan

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke 4 postpartum suhu badan akan naik lagi, hal ini diakibatkan ada pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genetalis, ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu di atas 38 derajat celcius, waspada terhadap infeksi postpartum.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah normal manusia adalah sitolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan, sedangkan tekanan darah tinggi pada postpartum merupakan tanda terjadinya preeklamsia post partum, namun demikian hal tersebut sangat jarang terjadi.

4) Pernafasan.

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16 sampai 24 kali per menit. Ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Pernafasan menjadi lebih cepat pada masa post partum, kemungkinan ada tanda – tanda syok.

g. Perubahan sistem kardiovaskuler

Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri

dari volume darah dan hemokonsentrasi. Persalinan pervagina, hemokonsentrasi akan naik dan pada persalinan seksio sesarea hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Volume darah ibu relatif bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan dekompensasi kardis pada penderita vitum cordia. Hal ini akan diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hermokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ke tiga sampai kelima postpartum.

h. Perubahan sistem hematologi

Hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. *Leukositosis* adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa postpartum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Awal postpartum, jumlah hemoglobin, hemotakrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah – ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut, jika hemotakrit pada hari pertama atau hari kedua lebih rendah dari titik 2 persen atau lebih tinggi dari daripada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2 persen kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah.

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hemotakrit dan hemoglobin pada hari 3-7 post partum dan akan normal dalam 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml.

7. Proses adaptasi psikosis pada ibu nifas

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain adalah sebagai berikut :

a. Fase *Taking In*

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu.

Fase ini kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi, bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

b. Fase *Taking Hold*

Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa kuatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri bayinya. Penuhi kebutuhan ibu tentang cara perawatan bayi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan luka jalan lahir, mobilisasi postpartum, senam nifas, nutrisi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

c. Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

8. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui

Menurut Sulistyawati, 2009 faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui antara lain :

a. Faktor fisik.

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain.

b. Faktor psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir, padahal selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengrajan juga bisa memicu *baby blue*.

c. Faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi.

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini, apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

Faktor lingkungan yang paling mempengaruhi status kesehatan masyarakat terutama ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah pendidikan. Masyarakat jika mengetahui dan memahami hal-hal yang mempengaruhi status kesehatan tersebut maka diharapkan masyarakat tidak melakukan kebiasaan atau adat istiadat yang merugikan kesehatan khususnya ibu hamil, bersalin, dan nifas.

Status ekonomi merupakan simbol status sosial di masyarakat. Pendapatan yang tinggi menunjukkan kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi zat gizi untuk ibu hamil, sedangkan kondisi ekonomi keluarga yang rendah mendorong ibu nifas untuk melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan kesehatan.

9. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

Menurut Marmi 2014 kebutuhan dasar ibu masa nifas antara lain:

a. Nutrisi

Nutrisi yang dikonsumsi pada masa nifas harus bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori. Kalori baik untuk proses

metabolisme tubuh, kerja organ tubuh, dan proses pembentukan ASI. Wanita dewasa memerlukan 2.200 kalori, ibu menyusui memerlukan kalori yang sama dengan wanita dewasa ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama kemudian ditambah 500 kalori pada bulan selanjutnya. Gizi ibu menyusui antara lain mengkonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari, makan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup, minum sedikit 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui), pil zat besi harus di minum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin, minum vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya.

b. Karbohidrat

Makanan yang dikonsumsi dianjurkan mengandung 50-60 persen karbohidrat. Laktosa (gula susu) adalah bentuk utama dari karbohidrat yang ada dalam jumlah lebih besar di bandingkan dalam susu sapi. Laktosa membantu bayi menyerap kalsium dan mudah di metabolisme menjadi dua gula sederhana (*galaktosa* dan *glukosa*) yang dibutuhkan untuk pertumbuhan otak yang cepat yang terjadi selama masa bayi.

c. Lemak

Lemak 25-35 persen dari total makanan. Lemak menghasilkan kira-kira setengah kalori yang diproduksi oleh air susu ibu.

d. Protein

Jumlah kelebihan protein yang diperlukan oleh ibu pada masa nifas adalah sekitar 10-15 persen. Sumber protein yaitu nabati (tahu, tempe dan kacang-kacangan) dan hewani (daging, ikan, telur, hati, otak, usus, limfa, udang, kepiting).

e. Vitamin dan mineral

Kegunaan vitamin dan mineral adalah untuk melancarkan metabolisme tubuh. Beberapa vitamin yang ada pada air susu ibu perlu mendapat perhatian khusus karena jumlahnya kurang mencukupi, tidak mampu memenuhi kebutuhan bayi sewaktu bayi bertumbuh dan berkembang. Vitamin dan mineral yang paling mudah menurunkan kandungannya dalam makanan adalah vit.B6, Tiamin, As.Folat, kalsium, seng, dan magnesium. Kadar vit.B6, tiamin dan As.folat dalam air susu langsung berkaitan dengan diet atau asupan suplemen yang

di konsumsi ibu. Asupan vitamin yang tidak memadai akan mengurangi cadangan dalam tubuh ibu dan mempengaruhi kesehatan ibu maupun bayi. Sumber vitamin yaitu : hewani dan nabati sedangkan sumber mineral : ikan, daging banyak mengandung kalsium, fosfor, zat besi, seng dan yodium.

f. Cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh.

g. Ambulasi

Sebagian besar pasien dapat melakukan ambulasi segera setelah persalinan usai. Aktivitas tersebut amat berguna bagi semua sistem tubuh, terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Hal tersebut juga membantu mencegah trombosis pada pembuluh tungkai dan membantu kemajuan ibu dari ketegangan peran sakit menjadi sehat. Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktifitas dan istirahat. Ambulasi dini (early ambulation) adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan.

Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Keuntungan early ambulation adalah klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat, faal usus dan kandung kencing lebih baik, dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan. selama ibu masih dalam perawatan. Kontraindikasi ambulasi dini adalah klien dengan penyulit seperti: anemia, penyakit jantung, penyakit paru.

h. Eliminasi

Kebanyakan pasien dapat melakukan buang air kecil secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Selama kehamilan terjadi peningkatan ekstraseluler 50 persen. Setelah melahirkan cairan ini dieliminasi sebagai urine. Umumnya pada partus lama yang kemudian diakhiri dengan ekstraksi vakum atau cunam, dapat mengakibatkan retensio urin. Sebaiknya dipasang dower kateter untuk memberi istirahat pada otot-otot kandung kencing, sehingga jika ada kerusakan pada otot-otot kandung kencing, otot-otot cepat pulih kembali agar fungsinya cepat pula kembali. Buang air

besar biasanya tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah melahirkan.

1) *Miksi*

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam, karena enema prapersalinan, diit cairan, obat-obatan analgesik selama persalinan dan perineum yang sakit. Memberikan asupan cairan yang cukup, diet yang tinggi serat serta ambulansi secara teratur dapat membantu untuk mencapai regulasi BAB. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan seperti dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien dan mengompres air hangat diatas simpisis, bila tidak berhasil dengan cara diatas maka dilakukan kateterisasi. Karena prosedur kateterisasi membuat klien tidak nyaman dan risiko infeksi saluran kencing tinggi, untuk itu *kateterisasi* tidak dilakukan sebelum lewat 6 jam *postpartum*. Dower kateter diganti setelah 48 jam.

2) *Defekasi*

Biasanya 2-3 hari *postpartum* masih sulit buang air besar, agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olahraga.

i. Kebersihan diri/ *perineum*

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu dan penyembuhan luka *perineum*.

Upaya yang harus dilakukan diantaranya :

1) *Mandi*

Mandi teratur minimal 2 kali sehari. Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, serta lingkungan dimana ibu tinggal yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan *mamae* dilanjutkan perawatan *perineum*.

2) *Perawatan perineum*

Perawatan luka *perineum* bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat

penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genital dengan air dan sabun setiap kali habis BAK atau BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan, baru kemudian bagian anus. Sebelum dan sesudahnya ibu dianjurkan untuk mencuci tangan, apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitannya akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air kecil atau buang air besar.

Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberitahu tentang jumlah, warna dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Ibu yang mempunyai luka episiotomi atau alserasi, disarankan untuk tidak menyentuh daerah luka. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan.

j. Istirahat

Kebahagiaan setelah melahirkan membuat ibu sulit istirahat. Seorang ibu baru akan cemas apakah ia akan mampu merawat anaknya atau tidak. Hal ini menyebabkan sulit tidur, juga akan terjadi gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk menyusui bayinya atau mengganti popok yang sebelumnya tidak pernah dilakukan. Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu

dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri, dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri. Tujuan istirahat untuk pemulihan kondisi ibu dan untuk pembentukan atau produksi ASI.

k. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lokea telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Ibu dapat mengalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan. Untuk itu bila senggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke-40, suami atau istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan. Saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB, apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka koitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu postpartum.

Hasrat seksual pada bulan pertama akan berkurang, baik kecepatannya maupun lamanya, juga orgasme pun akan menurun. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta belum sembuh (proses penyembuhan luka postpartum sampai dengan 6 minggu). Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri.

10. Respon orang tua terhadap bayi baru lahir

Bonding merupakan suatu hubungan yang berawal dari saling mengikat diantara orang tua dan anak ketika pertama kali bertemu. *Attachment* adalah suatu perasaan kasih sayang yang meningkat satu sama lain setiap waktu dan bersifat unik dan memerlukan kesabaran. Hubungan antara ibu dan bayinya harus dibina setiap saat untuk mempererat rasa kekeluargaan. Kontak dini antara ibu, ayah dan bayinya disebut bonding attachment melalui touch/sentuhan, kontak mata dan aroma. Jam-jam

pertama segera setelah kelahiran meliputi suatu masa yang unik yang disebut “masa sensitif ibu”, karena akan terjalin keterikatan maka sangat penting agar ibu dan bayi bisa bersama.

Bouding adalah masa sensitif pada menit pertama dan bebera jam setelah kelahiran karena kontak ibu dan ayah ini dapat menentukan tumbuh kembang anak menjadi optimal atau suatu langkah untuk mengungkapkan perasaan afeksi (kasih sayang) oleh ibu kepada bayinya segera setelah lahir. Attachment adalah proses penggabungan berdasarkan cinta dan penerimaan yang tulus dari orang tua terhadap anaknya dan memberikan dukungan asuhan dalam perawatannya.

Bouding attachment adalah suatu peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin orangtua dan bayi. Hal ini merupakan proses sebagai hasil dari suatu interaksi terus-menerus antara bayi dan orangtua yang bersifat saling mencintai memberikan keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan. Cara untuk melakukan bouding ada beberapa macam antara lain:

1) Kontak awal

Pelaksanaan bouding attachment dimulai pada awal kelahiran bayi. Dimana pada kelahiran, bayi dipersiapkan lebih dekat dengan orang tuanya agar merasa terlindungi.

2) Kulit ke kulit

Seorang ibu nifas akan dapat langsung meletakkan bayinya diatas perut jika tidak ada komplikasi yang serius, baik setelah tahap kedua kelahiran atau sebelum tali pusat dipotong. Kontak yang segera ini penting menuju pembentukan ikatan batin yang pertama. Selain itu kontak kulit dengan kulit membantu bayi tetap hangat.

3) Menyentuh bayi

Seorang ibu nifas akan menyentuh bayinya menggunakan jari dan seluruh lengannya, ia akan menepuk-nepuk tubuh bayinya dengan gerakan yang lembut. Hasrat untuk memegang bayinya bukan hanya membantu terbentuknya ikatan batin, melainkan mempermudah perawatan bayi. Semakin sering ditimang-timang, bayi akan semakin puas karena bayi membutuhkan rasa aman dari sentuhan ketika dia mulai belajar mengenal dunia baru diluar rahim.

4) Pemberian Asi

Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam waktu satu jam setelah bayi lahir. Anjurkan ibu nifas untuk memeluk dan mencoba untuk menyusui bayinya segera setelah tali pusat di klem dan dipotong, ini berguna untuk merangsang kontraksi uterus.

5) Sentuhan

Sentuhan atau rangsangan taktil digunakan secara ekstensif oleh orang tua dan memberi perawatan lain yang berarti sebagai suatu pengenalan dengan bayi baru lahir.

6) Kontak antara mata dengan mata

Perhatian kontak mata dengan mata di demonstrasikan terus-menerus. Kontak mata dengan mata mempunyai suatu efek yang mempererat hubungan pada awal perkembangan dan meningkatkan hubungan antar manusia pada seluruh usia.

7) Suara

Mendengar dan merespon orang tua dan bayinya sangat penting. Orang tua menunggu tangisan pertama bayi mereka dengan tegang karena suara tersebut membuat mereka yakin bahwa bayi mereka dalam keadaan sehat. Tangis tersebut membuat mereka melakukan tindakan menghibur.

8) Bau badan yang khas

Setiap anak memiliki aroma yang unik dan bayi belajar dengan cepat untuk mengenali aroma susu ibunya. Awal kehidupan, hubungan ibu dan bayi lebih dekat dibanding dengan anggota keluarga yang lain karena setelah melewati sembilan bulan bersama dan melewati saat-saat kritis dalam proses kelahiran membuat keduanya memiliki hubungan yang unik. Peran kehadiran seorang ayah dan anggota keluarga yang lain juga dibutuhkan dalam perkembangan psikologis anak yang baik nantinya. Hubungan ayah dan bayi adalah ungkapan yang diunakan untuk penyerapan, kesenangan dan ketertarikan ayah terhadap bayinya. Kemampuan ayah dalam beradaptasi dengan kelahiran bayi dipengaruhi oleh keterlibatan ayah selama kehamilan, partisipasi saat persalinan, struktur keluarga, identifikasi jenis kelamin, tingkat kemampuan dalam penampilan dan latar belakang kultural. Ciri-cirinya adalah dapat memberikan rangsangan dengan sentuhan dan kontak mata, berkomunikasi dan ciri-ciri yang

sama dengan dengan dirinya, menegaskan bahwa itu adalah bayinya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi respon orang tua antara lain umur ibu atau ayah yang terlalu mudah, kesiapan berumah tangga kurang, dukungan sosial suami, keluarga kurang, ekonomi rendah, pengetahuan rendah, kurang informasi kesehatan, dan budaya yang bertentangan dengan kesehatan kuat.

11. Proses laktasi dan menyusui

a. Anatomi dan fisiologi payudara

1) Anatomi payudara

Payudara disebut *Glandula mammae*, berkembang sejak usia janin 6 minggu dan membesar karena pengaruh hormon ibu yang tinggi yaitu estrogen dan progesteron. Estrogen meningkatkan pertumbuhan duktus dan saluran penampung. Progesteron merangsang pertumbuhan tunas-tunas alveoli.

Payudara tersusun dari jaringan kelenjar, jaringan ikat, dan jaringan lemak. Diameter payudara sekitar 10-12cm pada wanita yang tidak hamil berat rata-rata sekitar 200 gram, tergantung individu pada akhir kehamilan beratnya berkisar 400-600 gram, sedangkan pada waktu menyusui beratnya mencapai 600-800 gram. Payudara terbagi 3 bagian yaitu: korpus (badan) yaitu bagian yang besar, areola yaitu: bagian tengah yang berwarna kehitaman, papila (puting) yaitu bagian yang menonjol dipuncak payudara.

Struktur payudara terdiri dari 3 bagian yaitu: kulit, jaringan subkutan (jaringan bawah kulit), dan corpus mammae. Corpus mammae terdiri dari parenkim dan stroma. Parenkim merupakan suatu struktur yang terdiri dari duktus laktiferus (duktus), duptulus (duktulli), lobus, alveolus.

2) Fisiologi payudara

Selama kehamilan prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi, pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron menurun drastis, sehingga prolaktin lebih dominan dan

pada saat inilah mulai sekresi ASI. Menyusuhkan lebih dini terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolaktin oleh hipofisis, sehingga sekresi ASI lebih lancar. Dua reflek pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu reflek prolaktin dan reflek let down.

a) Reflek prolaktin

Diakhir kehamilan prolaktin memegang peranan membuat klorostum, terbatas dikarenakan aktivitas prolaktin dihambat oleh estrongen dan progesteron yang masih tinggi. Pasca persalinan, yaitu lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesteron juga berkurang. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan payudara karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus dan akan menekan pengeluaran faktor penghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor pemacu sekresi prolaktin.

Faktor pemacu sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin, hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walau ada isapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung. Ibu nifas yang tidak menyusui, kadar prolaktin akan menjadi normal pada minggu ke 2-3, sedangkan pada ibu prolaktin akan meningkat dalam keadaan seperti: stress atau psikis, anestesi, operasi dan rangsangan puting susu.

b) Reflek let down

Bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke hipofise interior (neurohipofise) yang kemudian dikeluarkan oksitosin, melalui aliran darah hormon ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveoli dan masuk melalui duktus lactiferus masuk ke mulut bayi.

b. Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Menurut Marmi, 2014 bidan mempunyai peranan yang sangat istimewa dalam menunjang pemberian ASI. Peran bidan dapat membantu ibu untuk memberikan ASI dengan baik dan mencegah masalah-masalah umum terjadi. Peranan awal bidan dalam mendukung pemberian ASI adalah meyakinkan bahwa memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya dan membantu ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri.

Bidan dapat memberikan dukungan dalam pemberian ASI dengan meyakinkan ibu bahwa ibu dapat menyusui dan ASI adalah yang terbaik untuk bayinya serta ibu dapat memproduksi ASI yang mencukupi kebutuhan bayi dan tidak tergantung pada besar kecilnya payudara ibu, memastikan bayi mendapat ASI yang cukup, membantu ibu dalam mengembangkan ketrampilan dalam menyusui, ibu mengetahui perubahan fisik yang terjadi pada dirinya dan mengerti bahwa perubahan tersebut normal, ibu mengetahui dan mengerti akan pertumbuhan dan perilaku bayi dan bagaimana seharusnya menghadapi dan mengatasinya, bantu ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri, mendukung suami dan keluarga yang mengerti bahwa ASI dan menyusui paling baik untuk bayi, memberikan dorongan yang baik bagi ibu agar lebih berhasil dalam menyusui, peran petugas kesehatan sangat penting dalam membantu ibu-ibu menyusui yang mengalami hambatan dalam menyusui, membiarkan bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama, mengajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul, membantu ibu pada waktu pertama kali memberi ASI, menempatkan bayi didekat ibu pada kamar yang sama (rawat gabung), memberikan ASI pada bayi sesering mungkin, memberikan kolustrum dan ASI saja, menghindari susu botol dan “dot empeng”.

c. Manfaat Pemberian ASI

Menurut Nunung, 2013 beberapa manfaat dari pemberian ASI karena bukan hanya bayi saja, tetapi juga untuk ibu, keluarga dan negara.

1) Manfaat ASI untuk bayi

- a) Pemberian ASI merupakan metode pemberian makan bayi yang terbaik, terutama pada bayi umur kurang dari 6 bulan, selain juga bermanfaat bagi ibu. ASI mengandung semua zat gizi dan cairan yang dibutuhkan untuk memenuhi seluruh gizi bayi pada 6 bulan pertama kehidupannya.
- b) Umur 6 sampai 12 bulan, ASI masih merupakan makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi. Guna memenuhi semua kebutuhan bayi, perlu ditambah dengan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)
- c) Setelah umur 1 tahun, meskipun ASI hanya bisa memenuhi 30% dari kebutuhan bayi, akan tetapi pemberian ASI tetap dianjurkan karena masih memberikan manfaat.
- d) ASI disesuaikan secara unik bagi bayi manusia, seperti halnya susu sapi adalah yang terbaik untuk sapi dan komposisi ASI idealnya untuk bayi. ASI mengurangi resiko infeksi lambung, usus, sembelit dan alergi serta memiliki kekebalan lebih tinggi terhadap penyakit.
- e) Bayi yang diberi ASI lebih bisa menghadapi efek kuning. Level bilirubin dalam darah bayi banyak berkurang seiring dengan diberikannya kolostrum dan

mengatasi kekuningan, asalkan bayi tersebut disusi sesering mungkin dan tanpa pengganti ASI.

- f) ASI selalu siap sedia setiap saat, ketika bayi menginginkan, selalu dalam keadaan steril dan suhu susu yang tepat. Adanya kontak mata dengan badan, pemberian ASI juga memberikan kedekatan antara ibu dan anak. Bayi merasa aman, nyaman dan terlindungi, dan ini memengaruhi keamanan emosi anak dimasa depan.
- g) ASI adalah makanan yang terbaik saat bayi sakit, untuk diberikan karena sangat mudah dicerna. Bayi akan lebih cepat sembuh. Bayi prematur lebih cepat tumbuh apabila mereka diberikan ASI perah. Komposisi ASI akan teradaptasi sesuai dengan kebutuhan bayi dan ASI bermanfaat untuk menaikkan berat badan dan menumbuhkan sel otak pada bayi prematur. IQ pada bayi ASI lebih tinggi 7-9 point daripada IQ bayi non-ASI.
- h) Menyusui bukanlah sekedar memberi makan, tapi juga mendidik anak. Sambil menyusui, eluslah bayi dan dekaplah dengan hangat. Tindakan ini sudah dapat menimbulkan rasa aman pada bayi, sehingga kelak ia akan memiliki tingkat emosi dan spiritual yang tinggi. Ini menjadi dasar bagi pertumbuhan manusia menuju

sumber daya manusia yang baik dan lebih mudah untuk menyayangi orang lain.

2) Manfaat ASI untuk ibu

- a) Hisapan bayi membantu rahim mengecil atau berkontraksi, mempercepat kondisi ibu untuk ke masa pra-kehamilan dan mengurangi risiko perdarahan. Lemak disekitar panggul dan paha yang ditimbun pada masa kehamilan pindah ke dalam ASI, sehingga ibu lebih cepat langsing kembali.
- b) Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang menyusui memiliki risiko lebih rendah terhadap kanker rahim dan kanker payudara.
- c) ASI lebih hemat waktu karena tidak usah menyiapkan dan mensterilkan botol susu, dot, dll. ASI lebih praktis karena ibu bisa jalan-jalan ke luar rumah tanpa harus membawa banyak perlengkapan seperti botol, kaleng susu formula, air panas, dll. ASI lebih murah, karena tidak usah selalu membeli susu kaleng dan perlengkapannya. ASI selalu bebas kuman, sementara campuran susu formula belum tentu steril. ASI tak bakalan basi. ASI selalu diproduksi oleh pabriknya di wilayah payudara. Bila gudang ASI telah kosong, ASI

yang tidak dikeluarkan akan diserap kembali oleh tubuh ibu.

- d) Penelitian medis juga menunjukkan bahwa wanita yang menyusui bayinya mendapat manfaat fisik dan manfaat emosional.

3) Manfaat ASI untuk keluarga

- a) Tidak perlu uang untuk membeli susu formula, botol susu,

kayu bakar atau minyak untuk merebus air susu atau peralatan.

- b) Bayi sehat berarti keluarga mengeluarkan biaya lebih

sedikit (hemat) dalam perawatan kesehatan dan berkurangnya kekhawatiran bayi akan sakit.

- c) Penjarangan kelahiran karena efek kontrasepsi MAL dari

ASI eksklusif.

- d) Memberikan ASI pada bayi (meneteki) berarti hemat

tenaga bagi keluarga sebab ASI selalu siap tersedia.

4) Untuk masyarakat dan negara

Menghemat devisa negara karena tidak perlu mengimpor susu formula dan peralatan lain untuk persiapannya, mengurangi subsidi untuk rumah sakit, meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa, terjadi penghematan pada sektor kesehatan karena jumlah bayi sakit lebih sedikit, memperbaiki kelangsungan hidup anak dengan menurunkan kematian, dan ASI adalah sumber daya yang terus-menerus diproduksi dan baru.

d. Tanda bayi cukup ASI

Bayi usia 0-6 bulan, dapat dinilai mendapat kecukupan ASI bila mencapai keadaan seperti bayi minum ASI tiap 2-3 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali dalam 2-3 minggu pertama, kotoran berwarna kuning dengan frekuensi sering

dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir, bayi akan BAK paling tidak 6-8 x sehari, ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI, payudara terasa lebih lembek yang menandakan ASI telah habis, warna bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasah kenyal, pertumbuhan berat badan (BB) bayi dan tinggi badan (TB) bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan, perkembangan motorik baik (bayi aktif dan motoriknya sesuai dengan rentang usianya), bayi kelihatan puas, sewaktu-waktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup, dan bayi menyusu dengan kuat (rakus), kemudian melemah dan tertidur pulas.

e. ASI Eksklusif

ASI eksklusif merupakan air susu ibu yang diberikan untuk bayi sejak baru lahir sampai 6 bulan tanpa makanan pendamping dan minuman pralakteal lainnya seperti hal dan contohnya adalah air gula, aqua, dan sebagainya, murni hanya ASI saja yang diberikan pada sang bayi dan anak. Inilah yang dimaksud dengan definisi pengertian asi eksklusif itu sendiri.

Pemberian ASI eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 4 bulan, tetapi bila mungkin sampai 6 bulan. Setelah bayi berumur 6 bulan, ia harus mulai diperkenalkan dengan makanan padat atau dikenal dengan istilah Makanan Pendamping ASI (MPASI), sedangkan ASI dapat diberikan sampai bayi berumur 2 tahun.

Tujuan pemberian ASI eksklusif adalah sang bayi dapat membantu memulai kehidupannya dengan baik, mengandung antibodi, ASI mengandung komposisi yang tepat, mengurangi kejadian karies dentis, memberikan rasa aman dan nyaman pada bayi dan adanya ikatan antara ibu dan bayi, terhindar dari alergi, ASI meningkatkan kecerdasan bayi, membantu perkembangan rahang dan merangsang pertumbuhan gigi karena gerakan menghisap mulut bayi pada payudara sang ibu. Untuk sang ibu menyusui akan mendapatkan manfaat dan faedahnya antara lain adalah sebagai kontrasepsi, meningkatkan aspek kesehatan ibu, membantu dalam hal penurunan berat badan, aspek psikologi yang akan memberikan dampak positif kepada ibu yang menyusui air susu ibu itu tersendiri.

f. Cara merawat payudara

Perawatan payudara adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar. Manfaat perawatan payudara yaitu menjaga kebersihan payudara terutama kebersihan puting susu agar terhindar dari infeksi, melunakkan serta memperbaiki bentuk puting susu sehingga bayi dapat menyusui dengan baik, merangsang kelenjar-kelenjar air susu sehingga produksi ASI lancar, mengetahui secara dini kelainan puting susu dan melakukan usaha-usaha untuk mengatasinya, dan persiapan psikis menyusui. Cara melakukan perawatan payudara ibu menyusui:

- 1) Persiapan alat

Alat yang dibutuhkan seperti handuk, kapas, minyak kelapa atau baby oil dan waslap, 2 baskom (masing-masing berisi air hangat dan dingin).

- 2) Prosedur perawatan :

Buka pakian ibu, letakkan handuk di atas pangkuan ibu dan tutuplah payudara dengan handuk, buka handuk pada daerah payudara, kompres puting susu dengan menggunakan kapas mintak selama 3-5 menit, bersihkan dan tariklah puting susu keluar terutama untung puting susu yang datar, ketuk-ketuk sekeliling puting susu dengan ujung-ujung jari, kedua telapak tangan dibasahi dengan minyak kelapa, kedua telapak tangan diletakkan diantara kedua payudara, pengurutan dimulai kearah atas, samping, telapak tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan, pengurutan dilanjutkan kearah bawah, samping, selanjutnya melintang, telapak tangan mengurut kedepan, kemudian dilepas dari kedua payudara, telapak tangan kiri menopang payudara kiri, kemudian jari-jari tangan kanan sisi keliling mengurut payudara kearah puting susu, telapak tangan kanan menopang payudara kanan dan tangan lainnya menggenggam dan mengurut payudara dari arah pangkal ke arah puting susu, payudara disiram dengan air hangat dan dingin secara bergantian selama 5 menit (air hangat dahulu), keringkan dengan handuk, dan pakailah BH khusus untuk ibu menyusui (BH yang menyangga payudara).

- g. Cara menyusui yang baik dan benar

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi

dengan benar. Cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri atau berbaring. Cara menyusui yang benar, antara lain (Suherni dkk, 2009).:

1) Mengatur posisi bayi terhadap payudara ibu

- a) Cuci tangan yang bersih dengan sabun.
- b) Keluarkan sedikit ASI dari puting susu, kemudian dioleskan di sekitar puting dan areola mammae.
- c) Ibu dalam posisi yang rileks dan nyaman, duduk dan berbaring dengan santai.
- d) Jelaskan pada ibu bagaimana teknik memegang bayinya, yakni: Kepala dan badan bayi berada pada satu garis lurus. Muka bayi harus menghadap ke payudara, sedangkan hidungnya ke arah puting susu. Ibu harus memegang bayinya berdekatan dengan ibu. Untuk BBL: ibu harus menopang badan bayi bagian belakang, di samping kepala dan bahu.
- e) Payudara dipegang dengan menggunakan ibu jari di atas, sedangkan jari yang lainnya menopang bagian bawah payudara, serta gunakanlah ibu jari lainnya untuk menopang bagian bawah payudara, serta gunakanlah ibu jari untuk membentuk puting susu demikian rupa sehingga mudah memasukkannya ke mulut bayi.

- f) Berilah rangsangan pada bayi agar membuka mulut dengan cara: menyentuhkan bibir bayi ke puting susu atau dengan cara menyentuh sisi mulut bayi.
- g) Tunggulah sampai bibir bayi terbuka cukup lebar.
- h) Setelah mulut bayi terbuka cukup lebar, gerakkan bayi segera ke payudara dan bukan sebaliknya ibu atau payudara ibu yang digerakkan ke mulut bayi.
- i) Arahkanlah bibir bawah bayi di bawah puting susu sehingga dagu bayi menyentuh payudara.

2) Ciri-ciri bayi menyusu dengan benar

Bayi tampak tenang, badan bayi menempel pada perut ibu, dagu bayi menempel pada payudara, mulut bayi terbuka cukup lebar, bibir bawah bayi juga terbuka lebar, Areola yang kelihatan lebih luas di bagian atas dari pada di bagian bawah mulut bayi, bayi ketika menghisap ASI cukup dalam menghisapnya, lembut dan tidak ada bunyi, puting susu tidak merasa nyeri, kepala dan badan bayi berada pada garis lurus, kepala bayi tidak pada posisi tengadah. (Suherni, dkk. 2009)

12. Deteksi dini komplikasi masa nifas dan penanganannya

a) Infeksi masa nifas

Infeksi nifas adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas. Mikroorganisme penyebab infeksi nifas dapat berasal dari eksogen dan endogen. Beberapa mikroorganisme yang sering menyebabkan infeksi nifas adalah streptococcus, bacil coli dan staphylococcus.

Ibu yang mengalami infeksi nifas biasanya ditandai dengan demam (peningkatan suhu tubuh 38°C) yang terjadi selama 2 hari berturut-turut. Adapun faktor predisposisi infeksi nifas diantaranya perdarahan, trauma persalinan, partus lama,

retensio plasenta serta keadaan umum ibu yang buruk (anemia dan malnutrisi).

Patofisiologi terjadinya infeksi nifas sama dengan patofisiologi infeksi yang terjadi pada sistem tubuh yang lain. Masuknya mikroorganisme ke dalam organ reproduksi dapat menyebabkan infeksi hanya pada organ reproduksi tersebut (infeksi lokal) atau bahkan dapat menyebar ke organ lain (infeksi sistemik). Infeksi sistemik lebih berbahaya dari pada infeksi lokal, bahkan dapat menyebabkan kematian bila telah terjadi sepsis.

b) Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara disengaja (episiotomi) atau tidak sengaja. Robekan jalan lahir sering tidak diketahui sehingga tidak tertangani dengan baik. Penyebab perdarahan post partum yang kedua setelah retensio plasenta adalah robekan jalan lahir.

Tanda-tanda ibu yang mengalami robekan jalan lahir adalah perdarahan segar yang mengalir dan terjadi segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik, kadang ibu terlihat pucat, lemah dan menggigil akibat berkurangnya haemoglobin. Berdasarkan kedalaman dan luasnya laserasi, robekan jalan lahir/perineum dibagi menjadi 4 tingkat, yaitu :

1) Tingkat 1 : robekan hanya terjadi pada selaput lendir

vagina atau tanpa mengenai kulit perineum.

2) Tingkat 2 : robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perineum transversalis tapi tidak mengenai sphingter ani.

3) Tingkat 3 : robekan mengenai seluruh perineum dan otot sphingter ani.

4) Tingkat 4 : robekan sampai ke mukosa rektum.

c) Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus

Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Bagian plasenta yang masih menempel pada dinding uterus mengakibatkan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding uterus tidak dapat berkontraksi/terjepitnya dengan sempurna. (Maritalia, 2014).

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian Kontrasepsi

Program keluarga berencana menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (Setyanigrum, 2016).

2. Tujuan kontrasepsi

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksanaan program KB dimasa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015.

Sedangkan tujuan program KB secara filosofis adalah:

a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan

keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (NKKBS) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

b. terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia

yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

Tujuan KB berdasarkan RENSTRA 2005-2009 meliputi:

a. Keluarga dengan anak ideal.

- b. Keluarga sehat.
- c. Keluarga berpendidikan.
- d. Keluarga sejahtera.
- e. Keluarga berketahanan.
- f. Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya.
- g. Penduduk tumbuh seimbang (PTS) (Setiyaningrum,2016).

3. Sasaran program KB

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 yang meliputi:

- a) Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14% per tahun.
- b) Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan.
- c) Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6%.
- d) Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif dan efisien.
- e) Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- f) Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
- g) Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera-1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.

h) Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional (Setiyaningrum, 2016).

4. Macam-macam alat Kontrasepsi

Menurut buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi edisi 3 tahun 2011 kontrasepsi pascapersalinan meliputi:

a. Alat Kontrasepsi Non Hormonal

1) Metode Amenorhea Laktasi

a) Pengertian

Metode Amenorhea Laktasi adalah : kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun

b) Keuntungan MAL

(1) Keuntungan kontrasepsi yaitu segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, dan tanpa biaya.

(2) Keuntungan non-kontrasepsi

Untuk bayi yaitu mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai. Untuk Ibu yaitu mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia, dan meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

c) Kerugian/kekurangan/keterbatasan

Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, dan tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS.

d) Indikasi MAL

Ibu menyusui secara eksklusif, bayi berumur kurang dari 6 bulan, dan ibu belum mendapatkan haid sejak melahirkan.

e) Kontraindikasi MAL

Sudah mendapat haid sejak setelah bersalin, tidak menyusui secara eksklusif, bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan, bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam, akibatnya tidak lagi efektif sebagai metode kontrasepsi.

2) AKDR / IUD

a) Pengertian

AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimaksudkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversible dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif. AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan masukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang.

b) Cara Kerja

(1) Mekanisme kerja AKDR sampai saat ini belum diketahui secara pasti, ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing yang menimbulkan reaksi radang setempat, dengan serbuan lekosit yang dapat melarutkan blastosis atau sperma.

(2) Sifat-sifat dari cairan uterus mengalami perubahan-perubahan pada pemakaian AKDR yang

menyebabkan blastokista tidak dapat hidup dalam uterus.

- (3) Produksi lokal prostaglandin yang meninggi, yang menyebabkan sering adanya kontraksi uterus pada pemakaian AKDR yang dapat menghalangi nidasi.
- (4) AKDR yang mengeluarkan hormon akan mengentalkan lendir serviks sehingga menghalangi pergerakan sperma untuk dapat melewati cavum uteri.
- (5) Pergerakan ovum yang bertahan cepat di dalam tuba falopi.
- (6) Sebagai metode biasa (yang dipasang sebelum hubungan seksual terjadi) AKDR mengubah transportasi tuba dalam rahim dan mempengaruhi sel telur dan sperma sehingga pembuahan tidak terjadi.

c) Keuntungan

Menurut Handayani, 2011 AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti), sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380 A), tidak mempengaruhi kualitas ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), tidak ada interaksi dengan obat-obat, dan membantu mencegah kehamilan ektopik.

d) Kerugian

Perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, saat haid lebih sakit, tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan, penyakit radang panggul terjadi, prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKD, sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari, klien tidak dapat melepaskan AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melakukannya. AKDR keluar lagi dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang sesudah melahirkan), tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal, perempuan harus memeriksa posisi benang dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus bisa memasukkan jarinya ke dalam vagina. Sebagian perempuan ini tidak mau melakukannya (Handayani, 2011).

e) Efek samping

Amenore, kejang, perdarahan pervaginam yang hebat dan tidak teratur, benang yang hilang pastikan adanya kehamilan atau tidak, adanya pengeluaran cairan dari vagina atau dicurigai adanya penyakit radang panggul.

f) Penanganan efek samping

(1) Amenore

Periksa apakah sedang hamil, apabila tidak jangan lepas AKDR, lakukan konseling dan selidiki penyebab amenorea apabila diketahui. Apabila hamil, jelaskan dan sarankan untuk melepas AKDR bila talinya terlihat dan kehamilan kurang dari 13 minggu. Apabila benang tidak terlihat, atau kehamilan lebih dari 13 minggu, AKDR jangan dilepas. Apabila klien sedang hamil dan ingin mempertahankan kehamilannya tanpa melepas AKDR jelaskan ada resiko kemungkinan terjadinya kegagalan kehamilan dan infeksi serta perkembangan kehamilan harus lebih diamati dan diperhatikan.

(2) Kejang

Pastikan dan tegaskan adanya PRP dan penyebab lain dari kekejangan. Tanggulangi penyebabnya apabila ditemukan. Apabila tidak ditemukan penyebabnya beri analgetik untuk sedikit meringankan. Apabila klien mengalami kejang yang berat, lepaskan AKDR dan bantu klien menentukan metode kontrasepsi yang lain.

(3) Perdarahan pervaginam yang hebat dan tidak teratur

Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik. Apabila tidak ada kelainan patologis, perdarahan berkelanjutan serta perdarahan hebat, lakukan konseling dan pemantauan. Beri ibuprofen (800 mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan).

(4) Benang yang hilang pastikan adanya kehamilan atau tidak.

Tanyakan apakah AKDR terlepas. Apabila tidak hamil dan AKDR tidak terlepas, berikan kondom, periksa talinya didalam saluran endoserviks dan kavum uteri (apabila memungkinkan adanya peralatan dan tenaga terlatih) setelah masa haid berikutnya. Apabila tidak hamil dan AKDR yang hilang tidak ditemukan, pasanglah AKDR baru atau bantulah klien menentukan metode lain.

(5) Adanya pengeluaran cairan dari vagina atau dicurigai

adanya penyakit radang panggul

Pastikan pemeriksaan untuk infeksi menular seksual. Lepaskan AKDR apabila ditemukan menderit atau sangat dicurigai menderita Gonorrhea atau infeksi Chlamidia, lakukan pengobatan yang memadai. (Handayani, 2011).

3) Sterilisasi

a) Kontrasepsi Mantap pada Wanita/tubektomi/sterilisasi

(1) Pengertian

Kontrasepsi Mantap pada Wanita/tubektomi/sterilisasi adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi.

(2) Indikasi

Wanita pada usia > 26 tahun, wanita dengan paritas > 2, wanita yang yakin telah mempunyai besar keluarga yang dikehendaki, wanita yang pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius, wanita pasca persalinan, wanita pasca keguguran, wanita yang paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

(3) Kontra Indikasi

Wanita yang hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai), wanita dengan perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, wanita dengan infeksi sistemik atau pelvik yang akut, wanita yang tidak boleh menjalani proses pembedahan, wanita yang kurang pasti mengenai keinginan fertilitas di masa depan, dan wanita yang belum memberikan persetujuan tertulis.

(4) Macam-macam kontap

(a) Penyinaran

Merupakan tindakan penutupan yang dilakukan pada kedua tuba falopi wanita yang mengakibatkan yang bersangkutan tidak hamil atau tidak menyebabkan kehamilan lagi.

(1) Keuntungan: kerusakan tuba falopi terbatas,

mordibitas rendah, dapat dikerjakan dengan

laparoscopi, histeroscopi.

(2) Kerugian: memerlukan alat-alat yang mahal,

memerlukan latihan khusus, belum ditentukan

standarlisasi prosedur ini, potensi reversibel belum diketahui.

(b) Operatif

Dapat dilakukan dengan cara :

- (1) Abdominal
- (2) Vaginal
- (3) Transcervical
- (4) Efek samping MOW

(c) Perubahan-perubahan hormonal

Efek kontap wanita pada umpan balik hormonal antara kelenjar hypofise dan kelenjar gonad ditemukan kadar FSH, LH, testosteron dan estrogen tetap normal setelah melakukan kontap wanita.

(d) Pola haid

Pola haid abnormal setelah menggunakan kontap merupakan tanda dari “post tubal ligation syndrome”.

(e) Problem psikologis

Negara maju wanita (usia < 30 tahun) yang menjalankan kontap tidak terasa puas dibandingkan wanita usia lebih tua dan minta dipulihkan.

b. Alat Kontrasepsi Hormonal

1) Implan

a) Pengertian

Salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik ayng berisi hormon, dipasang pada lengan atas.

b) Cara Kerja

Menghambat Ovulasi, perubahan lendir serviks menjadi kental dan sedikit, menghambat perkembangan siklus dari endometrium.

c) Keuntungan

Cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung estrogen, dapat digunakan untuk jangka waktu panjang 5 tahun dan bersifat reversibel, efek kontraseptif segera berakhir setelah implantnya dikeluarkan, perdarahan terjadi lebih ringan, tidak menaikkan darah, dan resiko terjadinya kehamilan ektopik lebih kecil jika dibandingkan dengan pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim.

d) Kerugian

Susuk KB / Implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih, lebih mahal, sering timbul perubahan pola haid, akseptor tidak dapat menghentikan implant sekehendaknya sendiri, dan beberapa orang wanita mungkin segan untuk menggunakannya karena kurang mengenalnya.

e) Efek Samping

Amenorrhea, Perdarahan bercak (spotting) ringan, penambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan), ekspulsi dan infeksi pada daerah insersi.

f) Penanganan Efek Samping

(1) Amenorrhea

Yakinkan ibu bahwa hal itu adalah biasa, bukan merupakan efek samping yang serius. Evaluasi untuk mengetahui apakah ada kehamilan, terutama jika terjadi amenorrhea setelah masa siklus haid teratur. Jika tidak ditemukan masalah, jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi.

(2) Perdarahan bercak (spotting) ringan.

Spotting sering ditemukan terutama pada tahun pertama penggunaan. Bila tidak ada masalah dan klien tidak hamil, tidak diperlukan tindakan apapun. Bila klien mengeluh dapat diberikan :

- (a) Kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus.

(b) Ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari)

Terangkan pada klien bahwa akan terjadi perdarahan setelah pil kombinasi habis. Bila terjadi perdarahan lebih banyak dari biasa, berikan 2 tablet pil kombinasi selama 3-7 hari dan dilanjutkan dengan satu siklus pil kombinasi.

(3) Pertambahan atau kehilangan berat badan

(perubahan nafsu makan) Informasikan bahwa kenaikan/ penurunan BB sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan BB terlalu mencolok. Bila BB berlebihan hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi yang lain.

(4) Ekspulsi

Cabut kapsul yang ekspulsi, periksa apakah kapsul yang lain masih di tempat, dan apakah terdapat tanda-tanda infeksi daerah insersi. Bila tidak ada infeksi dan kapsul lain masih berada pada tempatnya, pasang kapsul baru 1 buah pada tempat insersi yang berbeda. Bila ada infeksi cabut seluruh kapsul yang ada dan pasang kapsul baru pada lengan yang lain atau ganti cara.

(5) Infeksi pada daerah insersi

Bila infeksi tanpa nanah bersihkan dengan sabun dan air atau antiseptik, berikan antibiotik yang sesuai untuk 7 hari. Implant jangan dilepas dan minta klien kontrol 1 mg lagi. Bila tidak membaik, cabut implant dan pasang yang baru di lengan yang lain atau ganti cara. Bila ada abses bersihkan dengan antiseptik, insisi dan alirkan pus keluar, cabut implant, lakukan perawatan luka, beri antibiotika oral 7 hari.

2) Suntikan Progestin / Progestin-Only Injectable (PICs)

a) Pengertian

Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron.

b) Mekanisme Kerja

Menekan ovulasi, lendir serviks menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa, membuat endometrium menjadi kurang baik / layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi, dan mungkin mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam tuba fallopi.

c) Keuntungan / Manfaat

(1) Manfaat Kontraseptif

Sangat efektif (0.3 kehamilan per 1000 wanita selama tahun pertama penggunaan), cepat efektif (<24 jam) jika dimulai pada hari ke 7 dari siklus haid, metode jangka waktu menengah (Intermediate-term) perlindungan untuk 2 atau 3 bulan per satu kali injeksi, pemeriksaan panggul tidak diperlukan untuk memulai pemakaian, tidak mengganggu hubungan seks, tidak mempengaruhi pemberian ASI, bisa diberikan oleh petugas non-medis yang sudah terlatih, dan tidak mengandung estrogen.

(2) Manfaat Non Kontraseptif

Mengurangi kehamilan ektopik, bisa mengurangi nyeri haid, bisa mengurangi perdarahan haid, bisa memperbaiki anemia, melindungi terhadap kanker endometrium, mengurangi penyakit payudara ganas, dan memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID (Penyakit Inflamasi Pelvik).

d) Kerugian / Keterbatasan

Perubahan dalam pola perdarahan haid, perdarahan/bercak tak beraturan awal pada sebagian besar wanita, penambahan berat badan (2 kg), meskipun kehamilan tidak mungkin, namun jika terjadi lebih besar kemungkinannya berupa ektopik dibanding pada wanita bukan pemakai, harus kembali lagi untuk ulangan injeksi setiap 3 bulan (DMPA) atau 2 bulan (NET-EN), dan

pemulihan kesuburan bisa tertunda selama 7-9 bulan (secara rata-rata) setelah penghentian.

e) Efek Samping

Amenorrhea, perdarahan hebat atau tidak teratur, dan penambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan).

f) Penanganan Efek Samping

(1) Amenorrhea

- (a) Yakinkan ibu bahwa hal itu adalah biasa, bukan merupakan efek samping yang serius.
- (b) Evaluasi untuk mengetahui apakah ada kehamilan, terutama jika terjadi amenorrhea setelah masa siklus haid yang teratur.
- (c) Jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi, jika tidak ditemui masalah.

(2) Perdarahan Hebat atau Tidak Teratur

Spotting yang berkepanjangan (>8 hari) atau perdarahan sedang yakinkan dan pastikan, periksa apakah ada masalah ginekologis (misalnya servitis), pengobatan jangka pendek seperti kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus dan ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari).

Perdarahan yang ke dua kali sebanyak atau dua kali lama perdarahan normal; tinjau riwayat perdarahan secara cermat dan periksa hemoglobin (jika ada), periksa apakah ada masalah ginekologi dan pengobatan jangka pendek yaitu kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus dan Ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari).

Perdarahan tidak berkurang dalam 3-5 hari, berikan :

- (a) Dua (2) pil kontrasepsi oral kombinasi per hari selama sisa siklusnya kemudian 1 pil perhari dari kemasan pil yang baru.
 - (b) Estrogen dosis tinggi (50 µg EE COC, atau 1.25 mg yang disatukan dengan estrogen) selama 14-21 hari.
 - (c) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan).
- (3) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahannafsu makan) Informasikan bahwa kenaikan/penurunan BB sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan BB terlalu mencolok. Bila BB berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi yang lain (Handayani, 2011).

3) Pil Progestin

a) Pengertian

Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormone sintetis progesteron.

b) Cara Kerja

Menghambat ovulasi, mencegah implantasi, memperlambat transport gamet atau ovum, *luteolysis*, dan mengentalkan lendir serviks.

c) Keuntungan

1) Keuntungan kontraseptif

Sangat efektif bila digunakan secara benar, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI, segera bisa kembali ke kondisi kesuburan bila dihentikan dan tidak mengandung estrogen.

2) Keuntungan non kontraceptif

Bisa mengurangi kram haid, bisa mengurangi perdarahan haid, bisa memperbaiki kondisi anemia, memberi perlindungan terhadap kanker endometrial, mengurangi keganasan penyakit payudara, mengurangi kehamilan ektopik dan memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID.

d) Kerugian

Menyebabkan perubahan dalam pola perdarahan haid, sedikit penambahan atau pengurangan berat badan bisa terjadi, bergantung pada pemakaian (memerlukan motivasi terus menerus dan pemakaian setiap hari), harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari, kebiasaan lupa akan menyebabkan kegagalan metoda, berinteraksi dengan obat lain, contoh : obat-obat epilepsi dan tuberculosis.

e) Efek Samping

Amenorrhea, spotting, dan perubahan berat badan

f) Penanganan Efek Samping

(1) Amenorrhea

Singkirkan kehamilan dan jika hamil lakukan konseling. Bila tidak hamil sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim.

(2) Spotting

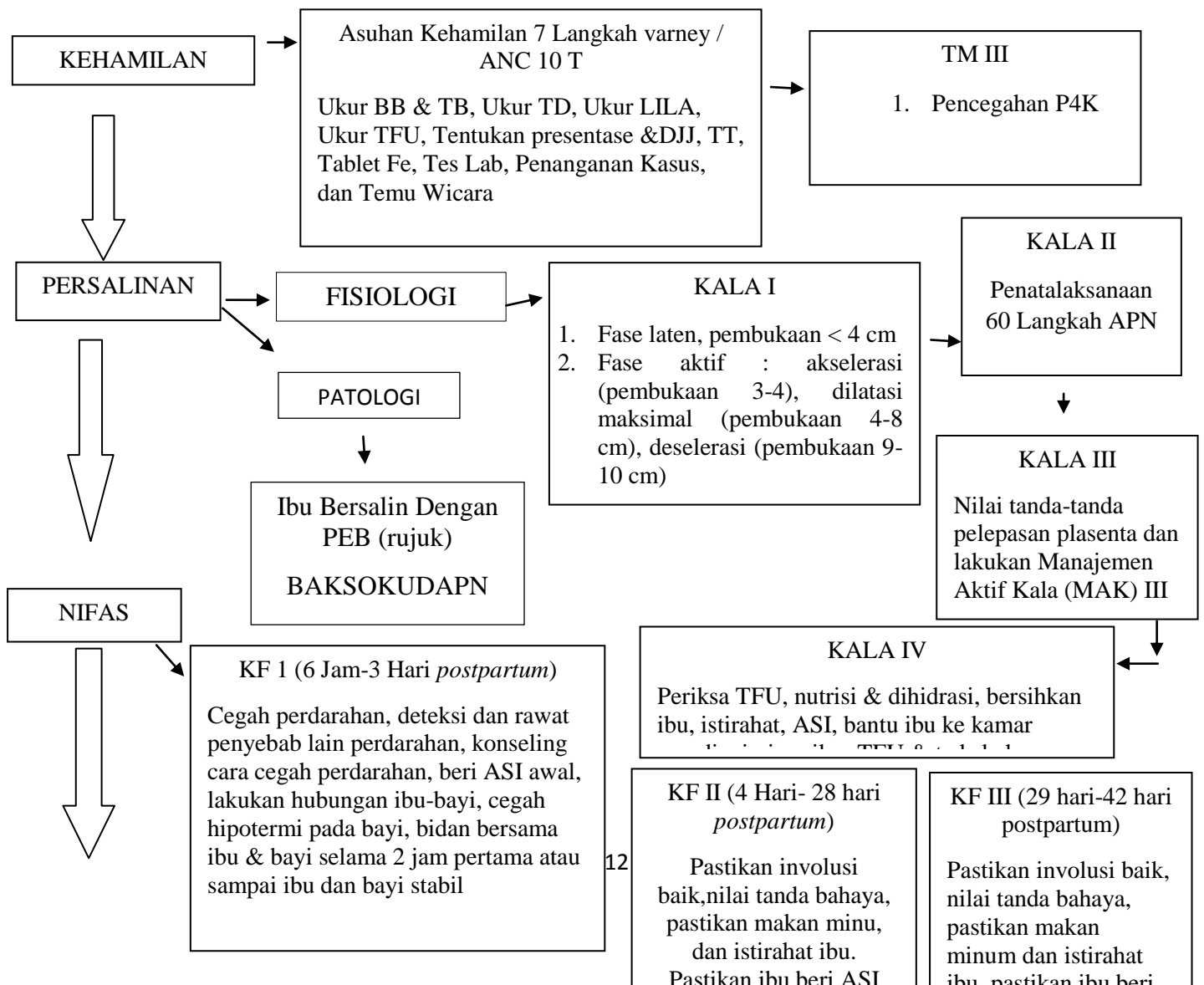
Jelaskan merupakan hal biasa tapi juga bisa berlanjut, jika berlanjut maka anjurkan ganti cara.

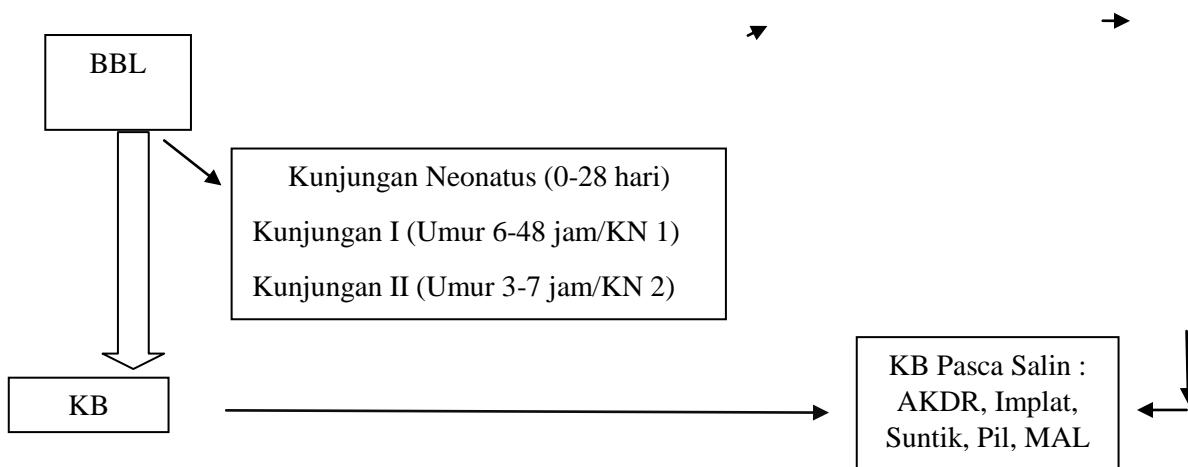
(3) Perubahan Berat Badan

Informasikan bahwa perubahan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan mencolok / berlebihan

hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain (Handayani, 2011).

2.2 Pathway





Bagan 2.1. Kerangka Pemikiran

Sumber : Marmi, 2012, Ilmiah, 2015, Handayani, 2010

2.3 Manajemen Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan berdasarkan Keputusan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No.938/Menkes/SK/VII/ 2007. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

Langkah 1 : Pengkajian

1. Pernyataan Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2. Kriteria pengkajian

- a. Data tepat, akurat dan lengkap.
- b. Terdiri dari data subyektif (hasil anamnese; biodata, keluhan utama, riwayat *obstetric*, riwayat kesehatan dan latar belakang budaya). Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

Langkah 2 : Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan.

1. Pernyataan Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

Bidan menganalisis data yang telah diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa, dan masalah kebidanan yang tepat.

2. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan.

Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai kondisi klien dan dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Langkah 3 : perencanaan

1. Pernyataan Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2. Kriteria perencanaan

a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.

b. Melibatkan klien, pasien atau keluarga.

c. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial/budaya, klien/keluarga.

d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.

e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku sumber daya serta fasilitas yang ada.

Langkah 4 : implementasi

1. Pernyataan Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada

klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

2. Kriteria implementasi

Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual- kultural, setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consen*), melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based, melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan, menjaga privasi klien/pasien, melaksanakan prinsip pencegahan infeksi, mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan, menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai, melakukan tindakan sesuai standar dan mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

Langkah 5 : Evaluasi

1. Pernyataan Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2. Kriteria Evaluasi

Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien, hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga, evaluasi dilakukan sesuai dengan standar dan hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Langkah 6 : pencatatan asuhan kebidanan.

1. Pernyataan Pencatatan asuhan kebidanan

Melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- a. Pencatatan dilakukan sesegera setelah melaksanakan asuhan pada formolir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).

- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c. S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Studi kasus asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil trimester III di puskesmas kupang kota kabupaten Kupang kecamatan Kota Raja di dokumentasikan sesuai standar 6 (enam) yaitu SOAP.

2.4 Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan menurut permenkes Indonesia nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan :

1. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan anak
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2. Pasal 19

- a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa

hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat

(1) meliputi pelayanan :

- 1) konseling pada masa sebelum hamil.
- 2) Antenatal pada kehamilan normal.
- 3) Persalinan normal.
- 4) Ibu nifas normal.
- 5) Ibu menyusui.
- 6) konseling pada masa antara dua kehamilan.

c. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:

- 1) Episiotomi.
- 2) Pertolongan persalinan normal.
- 3) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
- 4) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil.
- 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.
- 6) Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
- 7) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum.
- 8) Penyuluhan dan konseling.

- 9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil.
- 10) Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

3. Pasal 20

- a. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada pasal 19 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, anak balita dan anak pra sekolah.
- b. Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bidan berwenang melakukan:
 - 1) Pelayanan neonatal esensial.
 - 2) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
 - 3) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
 - 4) Konseling dan penyuluhan.
- c. Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vitamin K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

d. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi :

- 1) Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung.
- 2) Penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru.
- 3) Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering.
- 4) Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).

- f. Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

4. Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, bidan berwenang memberikan:

- a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b. Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.

5. Pasal 22

Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan

- a. Penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan.
- b. Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

6. Pasal 23

- a. Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a, terdiri atas.

- 1) kewenangan berdasarkan program pemerintah; dan

- 2) kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain
disuatu wilayah tempat Bidan bertugas.
- b. Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat diperoleh Bidan setelah mendapatkan pelatihan.
 - c. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah bersama organisasi profesi terkait berdasarkan modul dan kurikulum yang terstandarisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - d. Bidan yang telah mengikuti pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhak memperoleh sertifikat pelatihan.
 - e. Bidan yang diberi kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendapatkan penetapan dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.

7. Pasal 24

- a. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Bidan ditempat kerjanya, akibat kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 harus sesuai dengan kompetensi yang diperolehnya selama pelatihan.
- b. Untuk menjamin kepatuhan terhadap penerapan kompetensi yang diperoleh Bidan selama pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dinas kesehatan kabupaten/kota harus melakukan evaluasi pascapelatihan di tempat kerja Bidan.

- c. Evaluasi pascapelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan paling lama 6 (enam) bulan setelah pelatihan.

8. Pasal 25

- a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:
 - 1) Pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit.
 - 2) Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu.
 - 3) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan.
 - 4) Pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah.
 - 5) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan.
 - 6) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah.
 - 7) Melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya.

- 8) pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat.
- 9) Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi, edukasi dan melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.
- b. Kebutuhan dan penyediaan obat, vaksin, dan/atau kebutuhan logistik lainnya dalam pelaksanaan Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

9. Pasal 26

- a. Kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf b tidak berlaku, dalam hal telah tersedia tenaga kesehatan lain dengan kompetensi dan kewenangan yang sesuai.
- b. Keadaan tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.

10. Pasal 27

- a. Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf b diberikan secara tertulis oleh dokter pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama tempat Bidan bekerja.

- b. Tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat diberikan dalam keadaan di mana terdapat kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama tersebut.
- c. Pelimpahan tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan:
 - 1) Tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kompetensi yang telah dimiliki oleh Bidan penerima pelimpahan.
 - 2) Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan dokter pemberi pelimpahan.
 - 3) Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan.
 - 4) Tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus

2.5 Konsep Asuhan Kebidanan

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Menurut Walyani, 2015 pengumpulan Data dasar meliputi

1) Data subyektif

a) Biodata berisikan tentang biodata ibu dan suami meliputi:

(1) Nama

Untuk mengenal atau memanggil nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama.

(2) Umur

Umur perlu diketahui guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak. Usia

dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun merupakan umur-umur yang beresiko tinggi untuk hamil, umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan adalah 19-25 tahun.

(3) Agama

Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama, antara lain dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan.

(4) Pendidikan terakhir

Untuk mengetahui tingkat intelektual, tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang.

(5) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin.

(6) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal di mana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan. Ditanyakan alamatnya, agar dapat dipastikan ibu yang mana hendak ditolong itu. Alamat juga diperlukan jika mengadakan kunjungan rumah pada penderita.

(7) No HP

Ditanyakan bila ada, untuk memudahkan komunikasi.

b) Keluhan utama

Menurut Romauli, 2011 keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

c) Riwayat keluhan utama

Menurut Romauli, 2011 riwayat keluhan utama ditanyakan dengan tujuan untuk mengetahui sejak kapan seorang klien merasakan keluhan tersebut.

d) Riwayat menstruasi

(1) Menarche (usia pertama datang haid)

Usia wanita pertama haid bervariasi antara 12-16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim dan keadaan umum.

(2) Siklus

Siklus haid dihitung mulai pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya, siklus haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien mempunyai kelainan siklus haid atau tidak. Siklus normal haid adalah biasanya adalah 28 hari.

(3) Lamanya

Lamanya haid yang normal adalah kurang lebih 7 hari, apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhi.

(4) Banyaknya

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari, apabila darahnya terlalu berlebih itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid.

(5) Dismenorrhea (nyeri haid)

Nyeri haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien menderita atau tidak di tiap haidnya. Nyeri haid juga menjadi tanda bahwa kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid. (Walyani, 2015).

e) Riwayat perkawinan

Ini penting untuk dikaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasien. Beberapa pertanyaan yang perlu ditanyakan kepada klien antara lain yaitu:

(1) Menikah

Tanyakan status klien apakah ia sekarang sudah menikah atau belum menikah. Hal ini penting untuk mengetahui status kehamilan tersebut apakah dari hasil pernikahan yang resmi atau hasil dari kehamilan yang

tidak diinginkan. Status pernikahan bisa berpengaruh pada psikologi ibunya pada saat hamil.

(2) Usia saat menikah

Tanyakan kepada klien pada usia berapa ia menikah hal ini diperlukan karena jika ia mengatakan bahwa menikah di usia muda sedangkan klien pada saat kunjungan awal ke tempat bidan tersebut sudah tak lagi muda dan kehamilannya adalah kehamilan pertama, ada kemungkinan bahwa kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan. Hal ini akan berpengaruh bagaimana asuhan kehamilannya.

(3) Lama pernikahan

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama ia menikah, apabila klien mengatakan bahwa telah lama menikah dan baru saja mempunyai keturunan anak kemungkinan kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan.

(4) Dengan suami sekarang

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama menikah dengan suami sekarang, apabila mereka tergolong pasangan muda maka dapat dipastikan dukungan suami akan sangat besar terhadap kehamilan.

(5) Istri seberapa dengan suami sekarang

Tanyakan kepada klien istri ke berapa dengan suami klien, apabila klien mengatakan bahwa ia adalah istri kedua dari suami sekarang maka hal itu bisa mempengaruhi psikologi klien saat hamil (Walyani, 2015).

f) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Menurut Romauli, 2011 data yang dikaji yaitu tanggal, bulan dan tahun persalinan, usia gestasi bayi yang terdahulu lahir harus diketahui karena kelahiran preterm cenderung terjadi lagi dan karena beberapa wanita mengalami kesulitan mengembangkan ikatan dengan bayi yang dirawat dalam waktu yang lama, jenis persalinan terdahulu apakah pervaginam, melalui bedah sesar, forcep atau vakum, tempat persalinan, penolong persalinan, keadaan bayi, lama persalinan yang merupakan faktor penting karena persalinan yang lama dapat mencerminkan

suatu masalah dapat berulang, berat lahir sangat penting untuk mengidentifikasi apakah Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) atau Bayi Besar untuk Masa Kehamilan (BBMK), komplikasi yang terkait dengan kehamilan harus diketahui sehingga dapat dilakukan antisipasi terhadap komplikasi berulang.

g) Riwayat hamil sekarang

(1) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Bidan ingin mengetahui hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira-kira sang bayi akan dilahirkan.

(2) TP (Taksiran Persalinan)/Perkiraan Kelahiran

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery* (EDD)) yang disebut taksiran partus (*estimated date of confinement* (EDC)) di beberapa tempat. EDD ditentukan dengan perhitungan internasional menurut hukum Naegele. Perhitungan dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada hari pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun.

(3) Kehamilan yang beberapa

Jumlah kehamilan ibu perlu ditanyakan karena terdapatnya perbedaan perawatan antara ibu yang baru pertama hamil dengan ibu yang sudah beberapa kali hamil, apabila ibu tersebut baru pertama kali hamil otomatis perlu perhatian ekstra pada kehamilannya. (Romauli, 2011)

h) Riwayat kontrasepsi

(1) Metode KB

Tanyakan pada klien metode apa yang selama ini digunakan. Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi (*estimated date of delivery*) EDD, dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menanggapi kehamilan. Seorang wanita yang mengalami kehamilan tanpa menstruasi spontan setelah menghentikan pil, harus

menjalani sonogram untuk menentukan EDD yang akurat. Sonogram untuk penanggalan yang akurat juga diindikasikan bila kehamilan terjadi sebelum mengalami menstruasi yang diakibatkan dengan atau setelah penggunaan metode kontrasepsi hormonal lainnya.

Ada kalanya kehamilan terjadi ketika IUD masih terpasang. Apabila ini terjadi, lepas talinya jika tampak. Prosedur ini dapat dilakukan oleh perawat praktik selama trimester pertama, tetap lebih baik dirujuk ke dokter apabila kehamilan sudah berusia 13 minggu. Pelepasan IUD menurunkan resiko keguguran, sedangkan membiarkan IUD tetap terpasang meningkatkan aborsi septik pada pertengahan trimester. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkat risiko kehamilan ektopik.

(2) Lama penggunaan

Tanyakan kepada klien berapa lama ia telah menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

(3) Masalah

Tanyakan pada klien apakah ia mempunyai masalah saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut. Apabila klien mengatakan bahwa kehamilannya saat ini adalah kegagalan kerja alat kontrasepsi, berikan pandangan pada klien terhadap kontrasepsi lain. (Walyani, 2015).

i) Riwayat kesehatan ibu

Dari data riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan psikologi pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui antara lain:

(1) Penyakit yang pernah diderita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita, apabila klien pernah menderita penyakit keturunan maka ada kemungkinan janin yang ada

dalam kandungannya tersebut beresiko menderita penyakit yang sama.

(2) Penyakit yang sedang diderita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang sedang ia derita sekarang. Tanyakan bagaimana urutan kronologis dari tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda dari penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya, misalnya klien mengatakan bahwa sedang menderita penyakit DM maka bidan harus terlatih memberikan asuhan kehamilan klien dengan DM.

(3) Apakah pernah dirawat

Tanyakan kepada klien apakah pernah dirawat di rumah sakit. Hal ini ditanyakan untuk melengkapi anamnesa.

(4) Berapa lama dirawat

Kalau klien menjawab pernah dirawat di rumah sakit, tanyakan berapa lama ia dirawat. Hal ini ditanyakan untuk melengkapi data anamnesa.

(5) Dengan penyakit apa dirawat

Kalau klien menjawab pernah dirawat di rumah sakit, tanyakan dengan penyakit apa ia dirawat. Hal ini diperlukan karena apabila klien pernah dirawat dengan penyakit itu dan dengan waktu yang lama hal itu menunjukkan bahwa klien saat itu mengalami penyakit yang sangat serius. (Walyani, 2015).

j) Riwayat kesehatan keluarga

(1) Penyakit menular

Tanyakan klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini sedang menderita penyakit menular. Apakah klien mempunyai penyakit menular, sebaiknya bidan menyarankan kepada kliennya untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau mendekati keluarga tersebut untuk sementara waktu agar tidak menular pada ibu hamil dan janinnya. Berikan pengertian terhadap keluarga yang sedang sakit tersebut agar tidak terjadi kesalahpahaman.

(2) Penyakit keturunan/genetik

Tanyakan kepada klien apakah mempunyai penyakit keturunan. Hal ini diperlukan untuk mendiagnosa apakah janin berkemungkinan akan menderita penyakit tersebut atau tidak, hal ini bisa dilakukan dengan cara membuat daftar penyakit apa saja yang pernah diderita oleh keluarga klien yang dapat diturunkan (penyakit genetik, misalnya hemofili, TD tinggi, dan sebagainya). Biasanya dibuat dalam silsilah keluarga atau pohon keluarga.

k) Riwayat psikososial

(1) Dukungan keluarga terhadap ibu dalam masa kehamilan.

Hal ini perlu ditanyakan karena keluarga selain suami juga sangat berpengaruh besar pada kehamilan klien, tanyakan bagaimana respon dan dukungan keluarga lain misalnya anak apabila sudah mempunyai anak, orangtua, serta mertua klien. Apabila ternyata keluarga lain kurang mendukung tentunya bidan harus bisa memberikan strategi bagi klien dan suami agar kehamilan klien tersebut dapat diterima di keluarga. Biasanya respon keluarga akan menyambut dengan hangat kehamilan klien apabila keluarga menganggap kehamilan klien sebagai: salah satu tujuan dari perkawinan, rencana untuk menambah jumlah anggota keluarga, penerus keturunan untuk memperkuat tali perkawinan. Sebaliknya respon keluarga akan dingin terhadap kehamilan klien apabila keluarga menganggap kehamilan klien sebagai: salah satu faktor keturunan tidak baik, ekonomi kurang mendukung, karir belum tercapai, jumlah anak sudah cukup dan kegagalan kontrasespsi.

(2) Tempat yang diinginkan untuk bersalin

Tempat yang diinginkan klien untuk bersalin perlu ditanyakan karena untuk memperkirakan layak tidaknya tempat yang diinginkan klien tersebut. Misalnya klien menginginkan persalinan di rumah, bidan harus secara detail menanyakan kondisi rumah dan lingkungan sekitar rumah klien apakah memungkinkan atau tidak

untuk melaksanakan proses persalinan. Apabila tidak memungkinkan bidan bisa menyarankan untuk memilih tempat lain misalnya rumah sakit atau klinik bersalin sebagai alternatif lain tempat persalinan.

(3) Petugas yang diinginkan untuk menolong persalinan

Petugas persalinan yang diinginkan klien perlu ditanyakan karena untuk memberikan pandangan kepada klien tentang perbedaan asuhan persalinan yang akan didapatkan antara dokter kandungan, bidan dan dukun beranak. Apabila ternyata klien mengatakan bahwa ia lebih memilih dukun beranak, maka tugas bidan adalah memberikan pandangan bagaimana perbedaan pertolongan persalinan antara dukun beranak dan paramedis yang sudah terlatih. Jangan memaksakan klien untuk memilih salah satu. Biarkan klien menentukan pilihannya sendiri, tentunya setelah kita beri pandangan yang jujur tentang perbedaan pertolongan persalinan tersebut.

(4) Beban kerja dan kegiatan ibu sehari-hari

Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktifitas yang biasa dilakukan pasien di rumah, jika kegiatan pasien terlalu berat sampai dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil, maka kita dapat memberi peringatan sedini mungkin kepada pasien untuk membatasi dahulu kegiatannya sampai ia sehat dan pulih kembali. Aktifitas yang terlalu berat dapat mengakibatkan abortus dan persalinan prematur.

(5) Pengambilan keputusan dalam keluarga

Pengambilan keputusan perlu ditanyakan karena untuk mengetahui siapa yang diberi kewenangan klien mengambil keputusan apabila bidan mendiagnosa adanya keadaan patologis bagi kondisi kehamilan klien yang memerlukan penanganan serius. Misalnya bidan telah mendiagnosa bahwa klien mengalami tekanan darah tinggi yang sangat serius dan berkemungkinan besar akan dapat menyebabkan eklampsia, bidan tentunya menanyakan siapa yang diberi hak klien mengambil keputusan, mengingat kondisi kehamilannya

dengan eklamsia sangat beresiko bagi ibu dan janinnya. Misalnya, klien mempercayakan suaminya mengambil keputusan, maka bidan harus memberikan pandangan-pandangan pada suaminya seputar kehamilan dengan eklampsia, apa resiko terbesar bagi ibu bila hamil dengan eklampsia. Biarkan suami klien berpikir sejenak untuk menentukan tindakan apa yang seharusnya mereka ambil, meneruskan atau tidak meneruskan kehamilannya.

(6) Tradisi yang mempengaruhi kehamilan

Hal yang perlu ditanyakan karena bangsa Indonesia mempunyai beraneka ragam suku bangsa yang tentunya dari tiap suku bangsa tersebut mempunyai tradisi yang dikhususkan bagi wanita saat hamil. Tugas bidan adalah mengingatkan bahwa tradisi-tradisi semacam itu diperbolehkan saja selagi tidak merugikan kesehatannya klien saat hamil.

(7) Kebiasaan yang merugikan ibu dan keluarga

Hal ini perlu ditanyakan karena setiap orang mempunyai kebiasaan yang berbeda-beda. Dari bermacam-macam kebiasaan yang dimiliki manusia, tentunya ada yang mempunyai dampak positif dan negatif. Misalnya klien mempunyai kebiasaan suka berolahraga, tentunya bidan harus pintar menganjurkan bahwa klien bisa memperbanyak olahraga terbaik bagi ibu hamil yaitu olahraga renang. Sebaliknya apabila klien mempunyai kebiasaan buruk, misalnya merokok atau kebiasaan lain yang sangat merugikan, tentunya bidan harus tegas mengingatkan bahwa kebiasaan klien tersebut sangat berbahaya bagi kehamilannya. (Walyani, 2015).

l) Riwayat sosial dan kultural

(1) Seksual

Walaupun ini adalah hal yang cukup pribadi bagi pasien, namun bidan harus menggali data dari kebiasaan ini, karena terjadi beberapa kasus keluhan dalam aktifitas seksual yang cukup mengganggu pasien namun ia tidak tahu kemana ia harus berkonsultasi. Dengan teknik komunikasi yang menyenangkan

bagi pasien bidan dapat menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan aktifitas seksual seperti frekuensi berhubungan dalam seminggu dan gangguan atau keluhan apa yang dirasakan.

(2) Respon ibu terhadap kehamilan

Dalam mengkaji data yang ini, kita dapat menanyakan langsung kepada klien mengenai bagaimana perasaannya kepada kehamilannya. Ekspresi wajah yang mereka tampilkan dapat memberikan petunjuk kepada kita tentang bagaimana respon ibu terhadap kehamilan ini.

(3) Respon keluarga terhadap kehamilan

Bagaimanapun juga, hal ini sangat penting untuk kenyamanan psikologi ibu adanya respon yang positif dari keluarga terhadap kehamilan, akan mempercepat proses adaptasi ibu dalam menerima perannya.

(Romauli, 2011)

m) Kebiasaan pola makan dan minum

(1) Jenis makanan

Tanyakan kepada klien, apa jenis makanan yang biasa dia makan. Anjurkan klien mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi, asam folat, kalori, protein, vitamin, dan garam mineral.

(2) Porsi

Tanyakan bagaimana porsi makan klien. Porsi makan yang terlalu besar kadang bisa membuat ibu hamil mual, terutama pada kehamilan muda. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit namun sering.

(3) Frekuensi

Tanyakan bagaimana frekuensi makan klien per hari. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit dan dengan frekuensi sering.

(4) Pantangan

Tanyakan apakah klien mempunyai pantangan dalam hal makanan.

(5) Alasan pantang

Diagnosa apakah alasan pantang klien terhadap makanan tertentu itu benar atau tidak dari segi ilmu kesehatan, kalau ternyata tidak benar dan dapat mengakibatkan klien kekurangan nutrisi saat hamil bidan harus segera memberitahukan pada klien.
(Romauli, 2011)

2) Pemeriksaan fisik umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan, hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria :

(1) Baik

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Dikaji untuk mengetahui tingkat kesadaran yaitu compos mentis, apatis, atau somnolen.

c) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi.

d) Berat badan

Ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui pertumbuhan berat badan ibu. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,5 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,5-16,5 kg.

e) Bentuk tubuh

Saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kiposs, skoliosis, atau berjalan pincang.

f) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan / atau diastolik 15 mmHg atau lebih kelainan ini dapat berlanjut menjadi pre-eklamsi dan eklamsi kalau tidak ditangani dengan cepat.

(2) Nadi

Dalam keadaan santai denyut nadi ibu sekitar 60-80 kali per menit, denyut nadi 100 kali per menit atau lebih dalam keadaan santai merupakan pertanda buruk. Jika denyut nadi ibu 100 kali per menit atau lebih mungkin mengalami salah satu atau lebih keluhan, seperti tegang, ketakutan atau cemas akibat beberapa masalah tertentu, perdarahan berat, anemia, demam, gangguan tiroid dan gangguan jantung.

(3) Pernapasan

Sistem pernapasan, normalnya 16-24 kali per menit.

(4) Suhu tubuh

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C, suhu tubuh lebih dari 37,5°C perlu diwaspadai terjadinya infeksi (Suryati, 2011).

g) LILA

LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan bayi BBLR. Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya.

3) Pemeriksaan fisik obstetri

a) Kepala

Pada kepala melakukan inspeksi dan palpasi pada kepala dan kulit kepala untuk melihat kesimetrisan, rambut, ada tidaknya pembengkakan, kelembaban, lesi, edem, serta bau. Pada rambut yang dikaji bersih atau kotor, pertumbuhan, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

b) Muka

Tampak *cloasma gravidarum* sebagai akibat deposit pigment yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan.

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal warna putih, bila kuning ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia.

d) Hidung

Normal tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup.

e) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris.

f) Mulut

Adakah sariawan, bagaimana kebersihannya. Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011).

g) Leher

Normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis.

h) Dada

Normal bentuk simetris, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol.

i) Abdomen

Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livida, dan terdapat pembesaran abdomen.

(1) Palpasi

Menurut Kriebs dan Gegor (2010) palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba. Tujuannya untuk mengetahui adanya kelainan dan mengetahui perkembangan kehamilan. Manuver Leopold bertujuan untuk evaluasi iritabilitas, tonus, nyeri tekan, konsistensi dan kontraktilitas uterus; evaluasi tonus otot abdomen, deteksi gerakan janin, perkiraan gerak janin, penentuan letak, presentasi, posisi, dan variasi janin; penentuan apakah kepala sudah masuk PAP.

(a) Leopold I

Lengkungkan jari-jari kedua tangan anda mengelilingi puncak fundus. Normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan, pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuannya untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang ada di fundus.

(b) Leopold II

Tempatkan kedua tangan anda dimasing-masing sisi uterus. Normal teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus, dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin. Tujuannya untuk mengetahui batas kiri atau kanan pada uterus ibu, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang.

(c) Leopold III

Dengan ibu jari dan jari tengah satu tangan, berikan tekanan lembut, tetapi dalam pada abdomen ibu, di atas simpisis pubis, dan pegang bagian presentasi. Normal pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting

(kepala janin). Tujuannya untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis ibu (Romauli, 2011).

(d) Leopold IV

Tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi uterus bagian bawah beri tekanan yang dalam dan gerakan ujung-ujung jari ke arah pintu atas panggul. Posisi tangan masih bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen). Tujuannya untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP (Romauli, 2011).

(2) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan yang mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh melalui alat stetoskop. Auskultasi dengan menggunakan stetoskop monoaural atau doopler untuk menentukan Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah umur kehamilan 18 minggu, yang meliputi frekuensi, keteraturan, dan kekuatan DJJ. DJJ normal adalah 120-160/menit. Bila DJJ <120 atau >160/menit, maka kemungkinan ada kelainan janin atau plasenta (Walyani, 2015).

Presentasi biasa (letak kepala), tempat ini kiri atau kanan dibawah pusat, jika bagian-bagian anak belum dapat ditentukan, maka bunyi jantung harus dicari pada garis tengah di atas simpisis. Cara menghitung bunyi jantung adalah dengan mendengarkan 3x5 detik kemudian jumlah bunyi jantung dalam 3x5 detik dikalikan dengan 4.

Apakah yang dapat kita ketahui dari bunyi jantung anak:

(a) Dari adanya bunyi jantung anak, dapat diketahui

tanda pasti kehamilan dan anak hidup.

(b) Dari tempat bunyi jantung anak terdengar

presentasi anak, posisi anak (kedudukan

punggung), sikap anak (habitus), dan adanya anak kembar.

Bunyi jantung yang terdengar di kiri atau di kanan, di bawah pusat maka presentasinya kepala, kalau terdengar di kiri kanan setinggi atau di atas pusat maka presentasinya bokong (letak sungsang), kalau bunyi jantung terdengar sebelah kiri, maka punggung sebelah kiri, kalau terdengar sebelah kanan maka punggung sebelah kanan.

Bunyi jantung yang terdengar di pihak yang berlawanan dengan bagian-bagian kecil, sikap anak fleksi, kalau terdengar sepihak dengan bagian-bagian kecil sikap anak defleksi. Anak kembar bunyi jantung terdengar pada dua tempat dengansama jelasnya dan dengan frekuensi yang berbeda (perbedaan lebih dari 10/menit).

4) Pemeriksaan penunjang kehamilan trimester III

a) Darah

Pemeriksaan darah yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar haemoglobin dan HbsAg. Pemeriksaan haemoglobin untuk mendeteksi faktor resiko kehamilan yang adanya anemi. Bila kadar Hb ibu kurang dari 10 gram persen berarti ibu dalam keadaan anemia, terlebih bila kadar Hb kurang dari 8 gram persen berarti ibu anemia berat. Batas terendah untuk kadar Hb dalam kehamilan 10 gr%. Wanita yang mempunyai Hb < dari 10 gr/100 ml baru disebut menderita anemi dalam kehamilan. Hb minimal dilakukan kali selama hamil, yaitu pada trimester I dan trimester III sedangkan pemeriksaan HbsAg digunakan untuk mengetahui apakah ibu menderita hepatitis atau tidak.

b) Pemeriksaan urine

Pemeriksaan yang dilakukan adalah protein dalam urine untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dalam kunjungan pertama dan pada setiap kunjungan pada akhir trimester II

sampai trimester III kehamilan. Hasilnya negatif (-) urine tidak keruh, positif 2 (++) kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan halus, positif 3 (+++) urine lebih keruh dan ada endapan yang lebih jelas terlihat, positif 4 (+++++) urin sangat keruh dan disertai endapan menggumpal.

Gula dalam urine untuk memeriksa kadar gula dalam urine. Hasilnya negatif (-) warna biru sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh, positif 1 (+) hijau kekuning-kuningan dan agak keruh, positif 2 (++) kuning keruh, positif 3 (+++) jingga keruh, positif 4 (+++++) merah keruh. Bila ada glukosa dalam urine maka harus dianggap sebagai gejala diabetes melitus kecuali dapat dibuktikan hal – hal lain sebagai penyebabnya.

c) Pemeriksaan radiologi

Bila diperlukan USG untuk mengetahui diameter biparietal, gerakan janin, ketuban, TBJ, dan tafsiran kehamilan.

b. Interpretasi data (diagnosa / masalah)

1) Hamil atau tidak

Untuk menjawab pertanyaan ini kita mencari tanda-tanda kehamilan. Tanda-tanda kehamilan dapat dibagi dalam 2 golongan:

a) Tanda-tanda pasti hamil

Seperti mendengar bunyi jantung anak, melihat, meraba atau mendengar pergerakan anak oleh pemeriksa, melihat rangka janin dengan sinar rontgen atau dengan ultrasound. Hanya salah satu dari tanda-tanda ini ditemukan diagnosa kehamilan dapat dibuat dengan pasti. Sayangnya sekali tanda-tanda pasti baru timbul pada kehamilan yang sudah lanjut, ialah di atas 4 bulan, tapi dengan mempergunakan ultrasound kantong kehamilan sudah nampak pada kehamilan 10 minggu dan bunyi jantung anak sudah dapat didengar pada kehamilan 12 minggu. Tanda-tanda pasti kehamilan adalah tanda-tanda obyektif. Semuanya didapatkan oleh si pemeriksa.

b) Tanda-tanda mungkin hamil

Tanda-tanda mungkin sudah timbul pada hamil muda, tetapi dengan tanda-tanda mungkin kehamilan hanya boleh diduga. Makin banyak tanda-tanda mungkin kita dapati makin besar kemungkinan kehamilan. Tanda-tanda mungkin antara lain pembesaran, perubahan bentuk dan konsistensi rahim, perubahan pada serviks, kontraksi braxton hicks, balotemen (*ballotement*), meraba bagian anak, pemeriksaan biologis, pembesaran perut, keluarnya kolostrum, hyperpigmentasi kulit seperti pada muka yang disebut *cloasma gravidarum* (topeng kehamilan), tanda *chadwick*, adanya *amenore*, mual dan muntah, sering kencing karena rahim yang membesar menekan pada kandung kencing, perasaan dada berisi dan agak nyeri.

2) Primi atau multigravida

Perbedaan antara primigravida dan multigravida adalah:

a) Primigravida

Buah dada tegang, puting susu runcing, perut tegang dan menonjol kedepan, *striae lividae*, perinium utuh, vulva tertutup, hymen perforatus, vagina sempit dan teraba *rugae*, dan porsio runcing.

b) Multigravida

Buah dada lembek, menggantung, puting susu tumpul, perut lembek dan tergantung, *striae lividae* dan *striae albicans*, perinium berparut, vulva menganga, *carunculae myrtiformis*, vagina longgar, selaput lendir licin porsio tumpul dan terbagi dalam bibir depan dan bibir belakang.

3) Tuanya kehamilan

Tuanya kehamilan dapat diduga dari lamanya amenore, dari tingginya fundus uteri, dari besarnya anak terutama dari besarnya kepala anak misalnya diameter biparietal dapat di ukur secara tepat dengan ultrasound, dari saat mulainya terasa pergerakan anak, dari saat mulainya terdengar bunyi jantung anak, dari masuk atau tidak masuknya kepala ke dalam rongga panggul, dengan pemeriksaan *amniocentesis*.

4) Janin hidup atau mati

a) Tanda-tanda anak mati adalah denyut jantung janin tidak terdengar, rahim tidak membesar dan fundus uteri turun,

palpasi anak menjadi kurang jelas, dan ibu tidak merasa pergerakan anak.

- b) Tanda-tanda anak hidup adalah denyut jantung janin terdengar jelas, rahim membesar, palpasi anak menjadi jelas, dan ibu merasa ada pergerakan anak.

5) Anak/janin tunggal atau kembar

- a) Tanda-tanda anak kembar adalah perut lebih besar dari umur kehamilan, meraba 3 bagian besar/lebih (kepala dan bokong), meraba 2 bagian besar berdampingan, mendengar denyut jantung janin pada 2 tempat, dan USG nampak 2 kerangka janin.
- b) Tanda-tanda anak tunggal adalah perut membesar sesuai umur kehamilan, mendengar denyut jantung janin pada 1 tempat, dan USG nampak 1 kerangka janin.

6) Letak janin (letak kepala)

Istilah letak anak dalam rahim mengandung 4 pengertian di antaranya adalah :

a) Situs (letak)

Letak sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu, misalnya; letak bujur, letak lintang dan letak serong.

b) Habitus (sikap)

Sikap bagian anak satu dengan yang lain, misalnya; fleksi (letak menekur) dan defleksi (letak menengadahkan). Sikap anak yang fisiologis adalah : badan anak dalam kyphose, kepala menekur, dagu dekat pada dada, lengan bersilang di depan dada, tungkai terlipat pada lipatan paha, dan lekuk lutut rapat pada badan.

c) Position (kedudukan)

Kedudukan salah satu bagian anak yang tertentu terhadap dinding perut ibu/jalan lahir misalnya; punggung kiri, punggung kanan.

d) Presentasi (bagian terendah)

Misalnya presentasi kepala, presentasi muka, presentasi dahi.

7) Intra uterin atau ekstra uterin

a) Intra uterine (kehamilan dalam rahim), tanda-tandanya

yaitu palpasi uterus berkontraksi (Braxton Hicks) dan terasa ligamentum rotundum kiri kanan.

b) Ekstra uterine (kehamilan di luar rahim)

Kehamilan di luar rahim di sebut juga kehamilan ektopik, yaitu kehamilan di luar tempat yang biasa. Tanda-tandanya yaitu pergerakan anak dirasakan nyeri oleh ibu, anak lebih mudah teraba, kontraksi Braxton Hicks negative, rontgen bagian terendah anak tinggi, saat persalinan tidak ada kemajuan dan VT kavum uteri kosong.

8) Keadaan jalan lahir (normal/CPD)

Apakah keadaan panggul luarnya dalam keadaan normal.

9) Keadaan umum penderita (sehat/tidak)

Keadaan umum ibu sangat mempengaruhi proses persalinan. Ibu yang lemah atau sakit keras tentu tidak di harapkan menyelesaikan proses persalinan dengan baik. Sering dapat kita menduga bahwa adanya penyakit pada wanita hamil dari keadaan umum penderita atau dari anamnesa.

c. Antisipasi masalah potensial

Menurut Walyani, 2015 bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi.

d. Tindakan segera

Menurut Walyani, 2015 mengantisipasi perlunya tindakan segera oleh bidan dan dokter untuk konsultasi atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain.

e. Perencanaan dan rasionalisas

Kriteria perencanaan menurut Kemenkes No. 938 tahun 2007:

1) Rencana tindakan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi

klien, tindakan segera, tindakan antisipasikan asuhan secara komprehensif.

2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.

3) Mempertimbangkan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga.

4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.

5) Memperuntungkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

Rencana yang diberikan bersifat menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah pasien perlu di rujuk karena ada masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain. Pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Romauli, 2011).

Kriteria: klien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas.

Intervensi :

1) Melakukan pendekatan pada klien.

Rasional: dengan pendekatan, terjalin kerja sama dan kepercayaan terhadap bidan

2) Melakukan pemeriksaan kehamilan dengan standar 5 T

Rasional: pemeriksaan 5 T merupakan standar yang dapat mencakup dan mendeteksi secara dini adanya resiko dan komplikasi

3) Jelaskan kepada klien tentang kehamilannya

Rasional: dengan mengerti kehamilan, ibu dapat menjaga dan mau melakukan nasihat bidan

4) Anjurkan pada klien agar memeriksakan kehamilan secara

rutin sesuai usia kehamilan

Rasional: deteksi dini adanya kelainan, baik pada klien maupun janin

5) Anjurkan pada klien untuk beristirahat dan mengurangi

kerja berat

Rasional: relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.
Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien.

1) sakit pinggang

a) Tujuannya adalah setelah melakukan asuhan kebidanan

diharapkan klien mengerti penyebab sakit pinggang.

b) Kriteria: klien mengerti penjelasan petugas.

c) Intervensi:

(1) Jelaskan tentang penyebab penyakit pinggang.

Rasional: titik berat badan pindah kedepan karena perut yang membesar. Hal ini di imbangi lordosis yang menyebabkan spasme otot pinggang.

(2) Anjurkan klien untuk memakai sandal atau sepatu

bertumit rendah.

Rasional: hal ini akan mengurangi beban klien.

(3) Anjurkan klien untuk istirahat yang cukup

Rasional: terjadi relaksasi sehingga aliran darah ke seluruh tubuh lancar.

- (4) Jelaskan pada klien bahwa sakit pinggang akan menghilang setelah melahirkan.

Rasional: dengan berakhirnya kehamilan, postur tubuh kembali seperti semula.

2) Masalah sering berkemih

- a) Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan klien mengerti penyebab sering berkemih.

- b) Kriteria: klien dapat beradaptasi dengan perubahan eliminasi urine dan klien mengerti penyebab sering berkemih.

c) Intervensi:

- (1) Jelaskan penyebab sering berkemih.

Rasional: turunnya kepala janin ke rongga panggul sehingga kandung kemih tertekan.

- (2) Anjurkan klien untuk menjaga kebersihan.

Rasional: hal ini dapat mempertahankan kesehatan.

- (3) Ajarkan teknik relaksasi untuk membebaskan rahim yang menekan.

Rasional: posisi relaksasi dapat mengurangi penekanan pada kandung kemih.

3) Masalah cemas menghadapi proses persalinan

- a) Tujuan: setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 15 menit, rasa cemas berkurang.

b) Kriteria : klien tidak merasa cemas, ekspresi wajah tenang.

c) Intervensi :

(1) Jelaskan pada klien tentang proses persalinan normal.

Rasional : dengan pengetahuan tentang proses persalinan, klien siap menghadapi saat persalinan.

(2) Jelaskan pada klien tanda persalinan.

Rasional: upaya persiapan fisik dan mental menjelang persalinan.

(3) Anjurkan klien untuk mempersiapkan fisik dan mental dalam menghadapi persalinan.

Rasional: motivasi mendorong penerimaan dan meningkatkan keinginan untuk tetap berhati-hati dalam menjaga kehamilannya.

(4) Anjurkan klien untuk lebih mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Rasioanal : dengan banyak berdoa dan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan, akan timbul rasa percaya diri yang kuat

4) Masalah konstipasi

a) Tujuan: setelah ibu melaksanakan anjuran bidan, defekasi kembali normal.

b) Kriteria: klien mengetahui tindakan yang dilakukan untuk mengatasi konstipasi setiap 1-2 kali/hari

c) Intervensi :

- (1) Jelaskan tentang penyebab gangguan eliminasi alvi.

Rasional: turunnya kepala menekan kolon, ditambah penurunan kerja otot perut karena tingginya hormone progesterone sehingga terjadi konstipasi.

- (2) Anjurkan klien agar tidak mengonsumsi makanan yang mengandung alkohol.

Rasional: dengan mengetahui penyebab sembelit, klien dapat mencegahnya.

- (3) Anjurkan klien untuk banyak bergerak.

Rasional: hal ini dilakukan agar peredaran darah lancar dan menambah tonus peristaltik alat pencernaan.

- (4) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat laksatif.

Rasional: pelimpahan fungsi dependen.

5) Masalah gangguan tidur

- a) Tujuan: waktu tidur klien terpenuhi (8-10 jam/hari).

- b) Kriteria: klien dapat tidur nyenyak, klien tidak merasa lelah.

- c) Intervensi:

- (1) Jelaskan penyebab gangguan tidur

Rasional: dengan mengetahui penyebab gangguan tidur, klien mengerti tindakan yang akan dilakukan.

- (2) Sarankan klien untuk tidur dengan kepala di tinggikan dan posisi miring.

Rasional: posisi rileks dapat mengurangi ketegangan otot.

(3) Ciptakan lingkungan yang tenang.

Rasional: lingkungan yang tenang dapat menyebabkan klien beristirahat dan tidur tanpa gangguan secara teratur sehingga meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk perkembangan dan pertumbuhan janin.

6) Potensial terjadi penyulit persalinan

a) Tujuan: tidak terjadi penyulit saat persalinan

b) Kriteria: ibu dapat partus pada kehamilan aterm dan tidak terjadi komplikasi pada klien atau janin.

c) Intervensi :

(1) Siapkan fisik dan mental ibu untuk menghadapi persalinan.

Rasional: persiapan fisik dan mental merupakan modal klien untuk dapat menerima dan bekerja sama dalam mengambil keputusan.

(2) Sarankan ibu untuk mengikuti senam hamil.

Rasional: hal ini dapat memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot dasar panggul yang berhubungan dengan persalinan.

(3) Sarankan klien untuk melahirkan di rumah sakit yang mempunyai fasilitas yang memadai.

Rasional: fasilitas yang memadai dapat memberikan pelayanan dan pertolongan yang efektif.

f. Pelaksanaan

Langkah ini rencana asuhan yang komprehensif yang telah dibuat dapat dilaksanakan secara efisien seluruhnya oleh bidan atau dokter atau tim kesehatan lainnya (Romauli, 2011).

g. Evaluasi

Kriteria evaluasi menurut Kepmenkes No. 938 tahun 2007: penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien, hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga, evaluasi dilakukan sesuai dengan standar, hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Menurut Marmi (2011), langkah-langkah manajemen atau proses manajemen terdiri dari tujuh langkah yaitu :

a. Pengkajian Data

1) Anamnesa

a) Biodata

(1) Nama Istri dan Suami: Nama pasien dan suaminya ditanyakan untuk mengenal dan memanggil, untuk mencegah kekeliruan dengan pasien lain. Nama yang jelas dan lengkap, bila perlu ditanyakan nama panggilannya sehari-hari.

(2) Umur Ibu: Untuk mengetahui ibu tergolong primi tua atau primi muda. Menurut para ahli, kehamilan yang pertama kali yang baik antara usia 19-35 tahun dimana otot masih bersifat sangat elastis dan mudah diregang. Tetapi menurut pengalaman, pasien umur 25 sampai 35 tahun masih mudah melahirkan. Jadi, melahirkan tidak saja umur 19-25 tahun, tetapi 19-35 tahun. Primitua dikatakan berumur 35 tahun.

(3) Alamat: Ditanyakan untuk mengetahui dimana ibu menetap, mencegah kekeliruan, memudahkan

menghubungi keluarga dan dijadikan petunjuk pada waktu kunjungan rumah.

- (4) Agama: Hal ini berhubungan dengan perawatan pasien yang berkaitan dengan ketentuan agama. Agama juga ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan pasien atau klien. Dengan diketahuinya agama klien akan memudahkan bidan melakukan pendekatan didalam melakukan asuhan kebidanan.
- (5) Pekerjaan : Tanyakan pekerjaan suami dan ibu untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi pasien agar nasihat yang diberikan sesuai. Serta untuk mengetahui apakah pekerjaan ibu akan mengganggu kehamilannya atau tidak.
- (6) Pendidikan: Ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu atau taraf kemampuan berfikir ibu, sehingga bidan bisa menyampaikan atau memberikan penyuluhan atau KIE pada pasien dengan lebih mudah.
- (7) Perkawinan: Ditanyakan pada ibu berapa lama dan berapa kali kawin. Ini untuk menentukan bagaimana keadaan alat kelamin dalam ibu.

(8) Nomor register: Memudahkan petugas mencari data jika ibu melakukan kunjungan ulang

(9) Suku atau bangsa: Dengan mengetahui suku atau bangsa petugas dapat mendukung dan memelihara keyakinan yang meningkatkan adaptasi fisik dan emosinya terhadap persalinan.

b) Keluhan utama: Keluhan utama atau alasan utama wanita datang kerumah sakit atau bidan ditentukan dalam wawancara. Hal ini bertujuan mendiagnosa persalinan tanpa menerima pasien secara resmi mengurangi atau menghindari beban biaya pada pasien. Ibu diminta untuk menjelaskan hal-hal berikut frekuensi dan lama kontraksi, lokasi dan karakteristik rasa tidak nyaman akibat kontraksi, menetapkan kontraksi meskipun perubahan posisi saat ibu berjalan atau berbaring, keberadaan dan karakter rabas atau show dari vagina, dan status membrane amnion.

Pada umumnya klien mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar keperut, adanya his yang semakin sering, teratur, keluarnya lendir darah, perasaan selalu ingin buang air kemih

c) Riwayat menstruasi

(1) Menarche: Adalah terjadinya haid yang pertama kali.

Menarche terjadi pada saat pubertas, yaitu 12-16 tahun.

- (2) Siklus: Siklus haid yang klasik adalah 28 hari kurang lebih dua hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita yang biasanya 3-8 hari.
- (3) Hari pertama haid terakhir: Hari pertama haid terakhir dapat dijabarkan untuk memperkirakan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid kurang lebih 28 hari rumus yang dipakai adalah rumus Neagle yaitu hari +7, bulan -3, tahun +1. Perkiraan partus pada siklus haid 30 hari adalah hari +14, bulan -3, tahun +1.
- d) Riwayat obstetrik yang lalu: Untuk mengetahui riwayat persalinan yang lalu, ditolong oleh siapa, ada penyulit atau tidak, jenis persalinannya apa semua itu untuk memperkirakan ibu dapat melahirkan spontan atau tidak.
- e) Riwayat kehamilan ini.
- (1) Idealnya tiap wanita hamil mau memeriksakan kehamilannya ketika haidnya terjadi lambat sekurang-kurangnya 1 bulan.
- (2) Pada trimester I biasanya ibu mengeluh mual muntah terutama pada pagi hari yang kemudian menghilang pada kehamilan 12-14 minggu.
- (3) Pemeriksaan sebaiknya dikerjakan tiap 4 minggu jika segala sesuatu normal sampai kehamilan 28 minggu, sesudah itu pemeriksaan dilakukan tiap minggu.

- (4) Umumnya gerakan janin dirasakan ibu pada kehamilan 18 minggu pada multigravida.
 - (5) Imunisasi TT diberikan sekurang-kurangnya diberikan dua kali dengan interval minimal 4 minggu, kecuali bila sebelumnya ibu pernah mendapat TT 2 kali pada kehamilan yang lalu atau pada calon pengantin. Maka TT cukup diberikan satu kali saja (TT booster). Pemberian TT pada ibu hamil tidak membahayakan walaupun diberikan pada kehamilan muda.
 - (6) Pemberian zat besi: 1 tablet sehari segera setelah rasa mual hilang minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan.
 - (7) Saat memasuki kehamilan terakhir (trimester III) diharapkan terdapat keluhan bengkak menetap pada kaki, muka, yang menandakan toxemia gravidarum, sakit kepala hebat, perdarahan, keluar cairan sebelum waktunya dan lain-lain. Keluhan ini harus diingat dalam menentukan pengobatan, diagnosa persalinan.
- f) Riwayat kesehatan keluarga dan pasien
- (1) Riwayat penyakit sekarang: Dalam pengkajian ditemukan ibu hamil dengan usia kehamilan antara 38-42 minggu disertai tanda-tanda menjelang persalinan yaitu nyeri pada daerah pinggang menjalar keperut, his

makin sering teratur, kuat, adanya show (pengeluaran darah campur lendir). Kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

- (2) Riwayat penyakit yang lalu: Adanya penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, TBC, hepatitis, penyakit kelamin, pembedahan yang pernah dialami, dapat memperberat persalinan.
- (3) Riwayat penyakit keluarga: Riwayat penyakit keluarga memberi informasi tentang keluarga dekat pasien, termasuk orang tua, saudara kandung dan anak-anak. Hal ini membantu mengidentifikasi gangguan genetic atau familial dan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi status kesehatan wanita atau janin. Ibu yang mempunyai riwayat dalam keluarga penyakit menular dan kronis dimana daya tahan tubuh ibu hamil menurun, ibu dan janinnya berisiko tertular penyakit tersebut. Misalnya TBC, hepatitis. Penyakit keturunan dari keluarga ibu dan suami mungkin berpengaruh terhadap janin. Misalnya jiwa, DM, hemophila. Keluarga dari pihak ibu atau suami ada yang pernah melahirkan dengan anak kembar perlu diwaspadai karena bisa menurunkan kehamilan kembar. Adanya penyakit jantung, hipertensi, DM, hamil kembar pada klien, TBC,

hepatitis, penyakit kelamin, memungkinkan penyakit tersebut ditularkan pada klien, sehingga memperberat persalinannya.

g) Riwayat Psiko Sosial dan Budaya

Faktor-faktor situasi seperti pekerjaan wanita dan pasangannya, pendidikan, status perkawinan, latar belakang budaya dan etnik, status budaya sosial ekonomi ditetapkan dalam riwayat sosial. Faktor budaya adalah penting untuk mengetahui latar belakang etnik atau budaya wanita untuk mengantisipasi intervensi perawatan yang mungkin perlu ditambahkan atau di hilangkan dalam rencana asuhan.

h) Pola Aktivitas Sehari-hari

(1) Pola Nutrisi: Aspek ini adalah komponen penting dalam riwayat prenatal. Status nutrisi seorang wanita memiliki efek langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin. Pengkajian diet dapat mengungkapkan data praktek khusus, alergi makanan, dan perilaku makan, serta faktor-faktor lain yang terkait dengan status nutrisi. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan ibu hamil adalah 300 kalori dengan komposisi menu seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, nutrisi, vitamin, air dan mineral).

(2) Pola Eliminasi: Pola eliminasi meliputi BAK dan BAB. Dalam hal ini perlu dikaji terakhir kali ibu BAK dan BAB. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin BAK. Apabila ibu belum BAB

kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi. Pada akhir trimester III dapat terjadi konstipasi.

- (3) Pola Personal Hygiene: Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki dengan tumit tinggi agar tidak dipakai lagi.
- (4) Pola fisik dan istirahat: Klien dapat melakukan aktifitas biasa terbatas aktifitas ringan, membutuhkan tenaga banyak, tidak membuat klien cepat lelah, capek, lesu. Pada kala I apabila kepala janin masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan untuk duduk dan berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring, kekanan atau ke kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kiri atau ke kanan tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur pada kala I – kala IV.
- (5) Pola aktifitas seksual: Pada kebanyakan budaya, aktifitas seksual tidak dilarang sampai akhir kehamilan. Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa koitus dengan organisme dikontraindikasikan selama

masa hamil. Untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima.

- (6) Pola kebiasaan lain: Minuman berakhol, asap rokok dan substansi lain sampai saat ini belum ada standar penggunaan yang aman untuk ibu hamil. Walaupun minum alkohol sesekali tidak berbahaya, baik bagi ibu maupun perkembangan embrio maupun janinnya, sangat dianjurkan untuk tidak minum alkohol sama sekali. Merokok atau terus menerus menghirup asap rokok dikaitkan dengan pertumbuhan dengan perkembangan janin, peningkatan mortalitas dan morbiditas bayi dan perinatal. Kesalahan subklinis tertentu atau defisiensi pada mekanisme intermediet pada janin mengubah obat yang sebenarnya tidak berbahaya menjadi berbahaya. Bahaya terbesar yang menyebabkan efek pada perkembangan janin akibat penggunaan obat-obatan dapat muncul sejak fertilisasi sampai sepanjang pemeriksaan trimester pertama.

Pemeriksaan fisik

Diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, perkusi, pemeriksaan penunjang.

2) Pemeriksaan umum

a) Kesadaran.

- b) Tekanan darah: Diukur untuk mengetahui kemungkinan preeklamsia yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140/90 mmHg.
 - c) Denyut nadi: Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit.
 - d) Pernapasan: Untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan, normalnya 16-20x/menit.
 - e) Suhu: Suhu tubuh normal 36-37,5⁰C.
 - f) LILA: Untuk mengetahui status gizi ibu, normalnya $\geq 23,5$ Cm
 - g) Berat badan: Ditimbang waktu tiap kali ibu datang untuk control kandungannya.
 - h) Tinggi Badan: Pengukuran cukup dilakukan satu kali yaitu saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kali.
- 3) Pemeriksaan fisik obstetrik
- a) Muka: apakah oedema atau tidak, sianosis atau tidak.
 - b) Mata: konjungtiva: normalnya berwarnan merah muda, sclera: normalnya berwarna putih.
 - c) Hidung: bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada sekret atau tidak.
 - d) Leher: ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe atau tidak.

- e) Dada: payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola atau tidak, colostrum sudah keluar atau tidak.
- f) Abdomen: ada luka bekas SC atau tidak, ada linea atau tidak, striae albicans atau livide.
- (1) Leopold I: tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, di fundus normalnya teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong).
- (2) Leopold II: normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung), pada satu sisi uterus dan pada sisi lainnya teraba bagian kecil.
- (3) Leopold III: normalnya teraba bagian yang bulat keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu (simfisis) apakah sudah masuk PAP atau belum.
- (4) Leopold IV: dilakukan jika pada Leopold III teraba bagian janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan patokan dari penolong dan simpisis ibu, berfungsi untuk mengetahui penurunan presentasi.
- g) Denyut Jantung Janin(DJJ): terdengar denyut jantung dibawah pusat ibu (baik di bagian kiri atau kanan). Normalnya 120-160 x/menit.
- h) Genetalia: vulva dan vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar

skene dan kelenjar bartolini atau tidak, ada kandiloma atau tidak, ada kandiloma akuminata atau tidak, ada kemerahan atau tidak. Pada bagian perineum ada luka episiotomy atau tidak. Pada bagian anus ada benjolan atau tidak, keluar darah atau tidak.

- i) Ektremitas atas dan bawah: simetris atau tidak, oedema atau tidak, varises atau tidak. Pada ekstremitas terdapat gerakan refleks pada kaki, baik pada kaki kiri maupun kaki kanan.

4) Pemeriksaan khusus

Vaginal toucher sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dapat diketahui juga effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator, dan hodge. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi, apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap, dan untuk menyelesaikan persalinan.

b. Interpretasi data (diagnosa dan masalah)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data dasar yang dikumpulkan. Data dasar yang dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat ditemukan diagnosa yang spesifik.

c. Antisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasikan masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah atau potensial lain. Berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila dimungkinkan melakukan pencegahan.

d. Tindakan Segera

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan jika beberapa data menunjukkan situasi emergensi, dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, yang juga memerlukan tim kesehatan yang lain.

e. Perencanaan dan Rasional

Pada langkah ini dilakukan asuhan secara menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diidentifikasi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan maupun pasien agar efektif, karena pada akhirnya wanita yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Supaya perencanaan terarah, dibuat pola pikir dengan langkah menentukan tujuan tindakan yang akan dilakukan yang berisi tentang sasaran atau target dan hasil yang akan di capai, selanjutnya ditentukan rencana tindakan sesuai dengan masalah atau diagnosa dan tujuan yang ingin di capai.

f. Penatalaksanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti sudah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagiannya dilakukan oleh bidan dan sebagiannya lagi dilakukan oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan.

g. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi, keefektifan, dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa. Rencana asuhan dikatakan efektif jika efektif dalam penatalaksanaannya.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Konsep dasar Asuhan Kebidanan pada Bayi baru lahir dan Neonatus menurut 7 langkah varney

a. Pengkajian

1) Subjektif.

Data yang diambil dari anamnese. Catatan ini yang berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien, yaitu apa yang dikatakan/dirasakan klien yang diperoleh melalui anamnese. Data yang dikaji adalah :

- a) Identitas bayi: usia, tanggal dan jam lahir, jenis kelamin.
- b) Identitas orang tua: nama, usia, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat rumah.
- c) Riwayat kehamilan: paritas, HPHT, taksiran partus, riwayat ANC, riwayat imunisasi TT.
- d) Riwayat kelahiran/persalinan: tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, penolong, ketuban, plasenta, dan penolong persalinan.
- e) Riwayat imunisasi: imunisasi apa saja yang telah diberikan (BCG, DPT-Hb, polio, dan campak)
- f) Riwayat penyakit: penyakit keturunan, penyakit yang pernah diderita.

2) Objektif

Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa, yaitu apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada saat pemeriksaan fisik dan observasi, hasil laboratorium, dan tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung pengkajian. Data objektif dapat diperoleh melalui :

- a) Pemeriksaan fisik bayi. Pemeriksaan umum secara sistematis meliputi :
 - (1) Kepala: ubun-ubun, sutura/molase, kaput suksedaneum/sefal hematoma, ukuran lingkaran kepala.

- (2) Telinga: pemeriksaan dalam hubungan letak dengan mata dan kepala
- (3) Mata: tanda-tanda infeksi yaitu pus
- (4) Hidung dan mulut: bibir dan langit-langit, periksa adanya sumbing, refleks isap, dilihat dengan mengamati bayi pada saat menyusu
- (5) Leher: pembekakan, benjolan.
- (6) Dada: bentuk dada, puting susu, bunyi nafas, dan bunyi jantung.
- (7) Bahu, lengan, tangan: gerakan bahu, lengan, tangan, dan jumlah jari.
- (8) Sistem saraf: adanya *refleks moro*, lakukan rangsangan dengan suara keras, yaitu pemeriksa bertepuk tangan, *refleks rooting*, *refleks walking*, *refleks graps/plantar*, *refleks sucking*, *refleks tonic neck*.
- (9) Perut: bentuk, benjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh pada tali pusat, perut lembek pada saat tidak menangis dan adanya benjolan.
- (10) Alat genitalia. Laki-laki: testis berada dalam skrotum, penis berlubang dan lubang ini terletak di ujung penis. Perempuan: vagina berlubang, uretra berlubang, labia mayora dan minora.

- (11) Tungkai dan kaki: gerakan normal, bentuk normal, jumlah jari.
 - (12) Punggung dan anus: pembengkakan atau ada cekungan, ada tidaknya anus.
 - (13) Kulit: verniks caseosa, warna, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol.
- b) Pemeriksaan laboratorium: pemeriksaan darah dan urine.
 - c) Pemeriksaan penunjang lainnya: pemeriksaan rontgen dan USG.

b. Interpretasi data dasar

Dikembangkan dari data dasar: interpretasi dari data ke masalah atau diagnosa khusus yang teridentifikasi. Kedua kata masalah maupun diagnosa dipakai, karena beberapa masalah tidak dapat diidentifikasi sebagai diagnosa tetapi tetap perlu dipertimbangkan untuk membuat wacana yang menyeluruh untuk pasien. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan akan diagnosanya dan sering teridentifikasi oleh bidan yang berfokus pada apa yang dialami pasien tersebut. Masalah atau diagnosa yang ditegakan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan. Hasil analisis dari data subjektif dan objektif dibuat dalam suatu kesimpulan: diagnosis, masalah dan kebutuhan.

c. Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lainnya berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun. Langkah ini sangat vital untuk asuhan yang aman, misalnya bayi tunggal yang besar bidan juga harus mengantisipasi dan bersikap untuk kemungkinan distosia bahu, dan kemungkinan perlu resusitasi bayi (Sudarti.2010).

d. Tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

e. Perencanaan

Membuat suatu rencana asuhan yang komprehensif, ditemukan oleh langkah sebelumnya, adalah suatu perkembangan dari masalah atau diagnosa yang sedang terjadi atau terantisipasi dan juga termasuk mengumpulkan informasi tambahan atau tertinggal untuk data dasar. Suatu rencana asuhan yang komprehensif tidak saja mencakup apa yang ditentukan oleh kondisi pasien dan masalah yang terkait tetapi juga menggaris bawahi bimbingan yang terantisipasi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan atau wanita itu agar efektif, karena pada akhirnya wanita itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Oleh karena itu tugas bidan dalam langkah ini termasuk membuat dan mendiskusikan rencana dengan wanita itu begitu juga termasuk penegasannya akan persetujuannya.

f. Pelaksanaan

Melaksanakan perencanaan asuhan menyeluruh, perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh wanita tersebut. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (memastikan langkah - langkah benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggung jawab terhadap pelaksanaannya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisiensi akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan pasien.

g. Evaluasi

Langkah terakhir ini sebenarnya adalah merupakan pengecekan apakah rencana asuhan tersebut, yang meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, benar-benar telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat di anggap efektif dalam pelaksanaannya dan di anggap tidak efektif jika tidak efektif. Ada kemungkinann bahwa sebagian

rencana tersebut telah efektif sedang sebagian tidak (Sudarti, 2010).

4. Asuhan Kebidanan Nifas

a. Pengkajian (pengumpulan data dasar)

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Ambarwati, 2010).

1) Data Subyektif

a) Biodata yang mencakup identitas pasien

- (1) Nama: Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.
- (2) Umur: Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alata-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas.
- (3) Agama: Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.
- (4) Pendidikan: Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

- (5) Suku/bangsa: Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.
 - (6) Pekerjaan: gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.
 - (7) Alamat: Ditanya untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.
 - (8) Status perkawinan: Untuk mengetahui kemungkinan pengaruh status perkawinan terhadap masalah kesehatan (Depkes, 2002). Yang perlu dikaji adalah beberapa kali menikah, status menikah sah atau tidak, karena apabila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan mempengaruhi proses nifas.
- b) Keluhan Utama : Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir, karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2010).
- c) Riwayat Menstruasi.

Data ini digunakan untuk mendapatkan gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi pasien. Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain yaitu *menarche* (usia pertama kali mengalami menstruasi yang pada umumnya wanita Indonesia mengalami *menarche* pada usia sekitar 12 sampai 16 tahun), siklus menstruasi (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari yang biasanya sekitar 23 sampai 32 hari), volume darah (data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi

yang dikeluarkan, biasanya acuan yang digunakan berupa kriteria banyak atau sedikitnya), keluhan (beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi dan dapat merujuk kepada diagnose tertentu (Romauli, 2011).

d) Riwayat obstetric

- (1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu : Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.
- (2) Riwayat persalinan sekarang: Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini.

e) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.

f) Riwayat kesehatan klien

- (1) Riwayat kesehatan yang lalu: Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti: jantung, DM, Hipertensi, Asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.
- (2) Riwayat kesehatan sekarang: Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang

diderita pada saat ini yang hubungannya dengan nifas dan bayinya.

- (3) Riwayat kesehatan keluarga: Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya (Ambarwati, 2010).

g) Pola / Data fungsional Kesehatan

- (1) Nutrisi: Gizi atau nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan akan meningkat 25 persen, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi ASI yang cukup untuk menyetatkan bayi. Semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa. Makanan yang dikonsumsi berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna.

- (2) Istirahat: Kebahagiaan setelah melahirkan membuat ibu sulit istirahat. Seorang ibu baru akan cemas apakah ia akan mampu merawat anaknya atau tidak. Hal ini mengakibatkan sulit tidur. Juga akan terjadi gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk meneteki atau mengganti popok yang sebelumnya tidak pernah dilakukan. Anjurkan ibu supaya istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Ambarwati, 2010).
- (3) Aktivitas: Perlu dikaji untuk mengetahui apakah bendungan ASI yang dialami ibu disebabkan karena aktivitas fisik secara berlebihan (Saifuddin, 2006).
- (4) Eliminasi: Dalam 6 jam pertama *post partum*, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi.

Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pada pasien bahwa ia pasti mampu menahan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus meyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi *post partum*. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ia pasti mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing karena iapun sudah berhasil berjuang untuk melahirkan bayinya. Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan semakin mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Bidan harus dapat meyakinkan pasien untuk tidak takut buang air besar karena buang air besar tidak akan menambah para luka jalan lahir. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih (Purwanti, 2011).

- (5) Kebersihan diri: Karena kelelahan dan kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu *post partum* masih belum cukup

kooperatif untuk membersihkan dirinya. Bidan harus bijaksana dalam memberikan motivasi tanpa mengurangi keaktifan ibu untuk melakukan *personal hygiene* secara mandiri. Pada tahap awal, bidan dapat melibatkan keluarga dalam perawatan kebersihan ibu.

(6) Seksual: Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasa nyeri, aman untuk memulai, melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saleha, 2009).

h) Riwayat psikososial budaya: Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya pada kebiasaan pantang makanan. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita banyak mengalami perubahan emosi/ psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu (Ambarwati, 2010).

2) Data obyektif

a) Pemeriksaan Umum

- (1) Keadaan Umum dan kesadaran penderita : Compos mentis
(kesadaran baik) gangguan kesadaran (apatis, samnolen, spoor, koma).
- (2) Tekanan darah: Tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Bila lebih dari 140/90 mmHg, hati-hati adanya hipertensi atau preeclampsia.
- (3) Nadi: Nadi normal adalah 60-100 x/menit. Bila abnormal mungkin ada kelainan paru-paru atau jantung.
- (4) Suhu badan: Suhu badan normal adalah 36,5-37,5⁰C. Bila suhu badan lebih tinggi dari 37,5⁰C kemungkinan adanya infeksi.
- (5) Pernafasan: Pernafasan normal yaitu 16-24 x/menit.

b) Pemeriksaan fisik

- (1) Muka: Periksa palpebra, konjungtiva, dan sclera. Periksa palpebra untuk memperkirakan gejala oedema umum. Periksa konjungtiva dan sclera untuk memperkirakan adanya anemia dan ikterus.
- (2) Mata: Dilakukan pemeriksaan dengan melihat konjungtiva, sclera, kebersihan, kelainan, serta gangguan pengelihatatan
- (3) Hidung: Dilakukan pemeriksaan dengan melihat kebersihan, adanya polip, dan alergi pada debu.

- (4) Mulut: Periksa adanya karies, tonsillitis atau faringitis. Hal tersebut merupakan sumber infeksi.
- (5) Leher: Periksa adanya pembesaran kelenjar limfe dan parotitis.
- (6) Ketiak: Periksa adanya kelainan atau tidak serta periksa adanya luka atau tidak.
- (7) Payudara: Inspeksi bentuk payudara, benjolan, pigmentasi puting susu. Palpasi adanya benjolan (tumor mammae) dan colostrum.
- (8) Abdomen: Inspeksi bentuk abdomen, adanya striae, linea. Palpasi kontraksi uterus serta TFU.

Tabel 2.13 Tinggi Fundus Uteri

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14hari (minggu ke 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: Nugroho dkk, 2014 .

- (9) Genitalia: Lochea normal: merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam).
Lochea abnormal: merah terang, bau busuk,

mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam). Keadaan perineum: oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/robekan, heaving (Ambarwati, 2010).

(10) Kandung kemih: kosong atau tidak.

(11) Anus: tidak ada hemorroid.

(12) Ekstremitas: tidak ada oedema, varices pada ekstremitas atas dan bawah (Depkes, 2002).

c) Pemeriksaan penunjang/laboratorium

Melakukan tes laboratorium yang diperlukan yakni protein urine, glukosa urine dan hemoglobin, golongan darah (Sulistiyawati, 2009).

b. Interpretasi data

Mengidentifikasi diagnosa kebidanan dan masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah di kumpulkan. Dalam langkah ini data yang telah dikumpulkan di interpretasikan menjadi diagnosa kebidanan dan masalah. Keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien, masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan.

1) Diagnosa kebidanan: Diagnosa dapat ditegakan yang berkaitan dengan para, abortus, anak, umur ibu, dan keadaan nifas. Data dasar meliputi:

a) Data Subyektif: Pernyataan ibu tentang jumlah persalinan, apakah pernah abortus atau tidak, keterangan ibu tentang umur, keterangan ibu tentang keluhannya.

b) Data obyektif : Palpasi tentang tinggi fundus uteri dan kontraksi, hasil pemeriksaan tentang pengeluaran pervaginam, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital.

2) Masalah: Permasalahan yang muncul berdasarkan pernyataan pasien. Data dasar meliputi:

a) Data subyektif: Data yang didapat dari hasil anamnesa pasien

b) Data obyektif: Data yang didapat dari hasil pemeriksaan.

c. Diagnosa Potensial

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini di identifikasikan masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa, hal ini membutuhkan antisipasi, pencegahan, bila memungkinkan menunggu mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar-benar terjadi. Melakukan asuhan yang aman penting sekali dalam hal ini (Abrawati, 2010).

d. Antisipasi Masalah

Langkah ini memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi pasien (Ambrawati, 2010).

e. Perencanaan

Langkah-langkah ini di tentukan oleh langkah-langkah sebelumnya merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau di antisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa sudah di lihat dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya. Penyuluhan, konseling dari rujukan untuk masalah-masalah sosial, ekonomi atau masalah psikososial. Adapun hal-hal yang perlu dilakukan pada kasus ini adalah

- 1) Observasi meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus baik, anjurkan ibu untuk segera berkemih, observasi mobilisasi dini, jelaskan manfaatnya.
- 2) Kebersihan diri Jaga kebersihan seluruh tubuh terutama daerah genitalia, ganti pembalut minimal dua kali sehari atau setiap kali BAK.
- 3) Istirahat: Cukup istirahat, beri pengertian manfaat istirahat, kembali mengerjakan pekerjaan sehari-hari.
- 4) Gizi: Makan makanan yang bergizi seimbang, minum 3 liter air sehari atau segelas setiap habis menyusui, minum tablet Fe/ zat besi, minum vitamin A (200.000 unit).
- 5) Perawatan payudara: Jaga kebersihan payudara, beri ASI eksklusif sampai bayi umur 6 bulan.
- 6) Hubungan seksual: Beri pengertian hubungan seksual kapan boleh dilakukan.
- 7) Keluarga berencana: Anjurkan pada ibu untuk mengikuti KB sesuai dengan keinginannya.

f. Penatalaksanaan

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan penyuluhan pada klien dan keluarg. Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman.

1) Mengobservasi meliputi:

- a) Keadaan umum.
- b) Kesadaran.

- c) Tanda-tanda vital dengan mengukur tekanan darah, suhu, nadi dan pernapasan.
- d) Tinggi fundus uteri, kontraksi uterus.
- e) Menganjurkan ibu untuk segera berkemih karena apabila kandung kemih penuh akan menghambat proses involusi uterus.
- f) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini untuk memperlancar pengeluaran lochea, memperlancar peredaran darah.

2) Kebersihan diri

- a) Menjaga kebersihan seluruh tubuh terutama genitalia.
- b) Mengganti pembalut minimal dua kali sehari atau setiap kali BAK.

3) Istirahat

- a) Memberikan saran pada ibu untuk cukup tidur siang agar tidak terlalu lelah.
- b) Memberikan pengertian pada ibu, apabila kurang istirahat dapat menyebabkan produksi ASI kurang, proses involusi berjalan lambat dan dapat menyebabkan perdarahan.
- c) Menganjurkan ibu untuk kembali mengerjakan pekerjaan sehari-hari.

4) Gizi

- a) Mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang.

b) Minum sedikitnya 3 liter air sehari atau segelas setelah menyusui bayinya.

c) Minum tablet Fe selama 40 hari paska persalinan.

d) Minum vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

5) Perawatan payudara

a) Menjaga kebersihan payudara.

b) Memberi ASI Eksklusif selama 6 bulan.

6) Hubungan seksual: Memberikan pengertian kepada ibu bahwa hubungan seksual boleh dilakukan apabila ibu merasa tidak sakit saat melakukan hubungan seksual dengan suaminya.

7) Keluarga berencana: Menganjurkan ibu untuk segera mengikuti KB setelah masa nifas terlewati sesuai dengan keinginannya.

g. Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana (Ambrawati, 2010).

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

a. Pengkajian subyektif

1) Biodata pasien

a) Nama Nama jelas dan lengkap, bila berlu nama panggilan sehari-hari agak tidak keliru dalam memberikan penanganan.

- b) Umur: Umur yang ideal (usia reproduksi sehat) adalah umur 20-35 tahun, dengan resiko yang makin meningkat bila usia dibawah 20 tahun alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap, sedangkan usia diatas 35 tahun rentan sekali dengan masalah kesehatan reproduksi.
 - c) Agama: Agama pasien untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.
 - d) Suku/bangsa: Suku pasien berpengaruh pada ada istiadat atau kebiasaan sehari-hari.
 - e) Pendidikan: Pendidikan pasien berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.
 - f) Pekerjaan: Pekerjaan pasien berpengaruh pada kesehatan reproduksi. Misalnya: bekerja dipabrik rokok, petugas rontgen.
 - g) Alamat: Alamat pasien dikaji untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan. (Ambarwati,2010).
- 2) Kunjungan saat ini: Kunjungan pertama atau kunjungan ulang.
 - 3) Keluhan utama: keluhan utama dikaji untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien saat ini (Maryunani, 2009).
 - 4) Riwayat perkawinan: yang perlu dikaji adalah untuk mengetahui status perkawinan syah atau tidak, sudah berapa lama pasien

menikah, berapa kali menikah, berapa umur pasien dan suami saat menikah, sehingga dapat diketahui pasien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan.

- 5) Riwayat menstruasi: dikaji haid terakhir, *menarche* umur berapa. Siklus haid, lama haid, sifat darah haid, *dysmenorrhoe* atau tidak, *leucorrhoea* atau tidak.
- 6) Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu: jika ibu pernah melahirkan apakah memiliki riwayat kelahiran normal atau patologis, berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.
- 7) Riwayat kontrasepsi yang digunakan : untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor KB lain sebelum menggunakan KB yang sekarang dan sudah berapa lama menjadi akseptor KB tersebut.
- 8) Riwayat kesehatan :
 - a) Penyakit sistemik yang pernah atau sedang diderita: untuk mengetahui apakah pasien pernah menderita penyakit yang memungkinkan ia tidak bisa menggunakan metode Kontrasepsi tertentu.
 - b) Penyakit yang pernah atau sedang diderita keluarga: untuk mengetahui apakah keluarga pasien pernah menderita penyakit keturunan.
 - c) Riwayat penyakit ginekologi: untuk mengetahui pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi.

9) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- a) Pola nutrisi: Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan makanan pantangan, atau terdapatnya alergi.

b) Pola eliminasi

Dikaji untuk mengetahui tentang BAB dan BAK, baik frekuensi dan pola sehari-hari.

c) Pola aktifitas

Untuk menggambarkan pola aktifitas pasien sehari-hari, yang perlu dikaji pola aktifitas pasien terhadap kesehatannya.

d) Istirahat/tidur

Untuk mengetahui pola tidur serta lamanya tidur.

e) Seksualitas

Dikaji apakah ada keluhan atau gangguan dalam melakukan hubungan seksual.

f) *Personal hygiene*

Yang perlu di kaji adalah mandi berapa kali, gosok gigi, keramas, bagaimana kebersihan lingkungan apakah memenuhi syarat kesehatan.

g) Keadaan Psiko Sosial Spiritual

(1) Psikologi: yang perlu dikaji adalah keadaan psikologi ibu sehubungan dengan hubungan pasien dengan suami, keluarga, dan tetangga, dan bagaimana pandangan suami dengan alat kontrasepsi yang dipilih, apakah mendapatkan dukungan atau tidak.

(2) Sosial: yang perlu dikaji adalah bagaimana pandangan masyarakat terhadap alat kontrasepsi.

(3) Spiritual: apakah agama melarang penggunaan kontrasepsi tertentu.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum: dilakukan untuk mengetahui keadaan umum kesehatan klien.

b) Tanda vital

Tekanan darah	:	Tenaga yang digunakan darah untuk melawan dinding pembuluh normalnya, tekanan darah 110-130 MmHg.
Nadi	:	Gelombang yang diakibatkan adanya perubahan pelebaran (<i>Vasodilatasi</i>) dan penyempitan (<i>Vasokonstriksi</i>) dari pembuluh darah arteri akibat kontraksi vertikal melawan dinding aorta, normalnya nadi 60-80x/menit.
Pernapasan	:	Suplai oksigen ke sel-sel tubuh dan membuang co2 keluar dari sel tubuh, normalnya 20-30x/menit.
Suhu	:	Derajat panas yang dipertahankan oleh tubuh dan diatur oleh hipotalamus, (dipertahankan dalam batas normal 37,5-38 ⁰ c).

c) Berat badan: mengetahui berat badan pasien sebelum dan sesudah menggunakan alat kontrasepsi.

d) Kepala: Pemeriksaan dilakukan inspeksi dan palpasi, dilakukan dengan memperhatikan bentuk kepala abnormal, distribusi rambut bervariasi pada setiap orang, kulit kepala dikaji dari adanya peradangan, luka maupun tumor.

- e) Mata: Untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata teknik yang digunakan inspeksi dan palpasi, mata yang diperiksa simetris apa tidak, kelopak mata cekung atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak.
- f) Hidung: Diperiksa untuk mengetahui ada polip atau tidak.
- g) Mulut: Untuk mengetahui apakah ada stomatitis atau tidak, ada caries dentis atau tidak.
- h) Telinga: Diperiksaa untuk mengetahui tanda infeksi ada atau tidak, seperti OMA atau OMP
- i) Leher: apakah ada pembesaran kelenjar limfe dan *tyroid*
- j) Ketiak: apakah ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak
- k) Dada: dikaji untuk mengetahui dada simetris atau tidak, ada retraksi respirasi atau tidak.
 - l) Payudara: dikaji untuk mengetauai apakah ada kelainan pada bentuk payudara seperti benjolan abnormal atau tidak.
- m) Abdomen: untuk mengkaji adanya distensi, nyeri tekan dan adanya massa, apakah ada pembesaran dan konsistensi, apakah ada bekas operasi pada daerah abdomen atau tidak.
- n) Pinggang: untuk mengetahui adanya nyeri tekan waktu diperiksa atau tidak
- o) Genitalia: dikaji apakah adanya kondilomakuminata, dan diraba adanya infeksi kelenjar bartolini dan skene atau tidak.
- p) Anus: apakah pada saat inspeksi ada hemoroid atau tidak

q) Ekstremitas: diperiksa apakah varices atau tidak, ada oedema atau tidak.

2) Pemeriksaan penunjang: dikaji untuk menegakan diagnosa

c. Interpretasi data dasar

Interpretasi dibentuk dari data dasar, dalam hal ini dapat berupa diagnosa kebidanan, masalah, dan keadaan pasien.

1) Diagnosa kebidanan

Diagnosa yang dapat ditegakkan berhubungan dengan Para, Abortus, Umur ibu, dan kebutuhan.

Dasar dari diagnosa tersebut:

a) Pernyataan pasien mengenai identitas pasien.

b) Pernyataan mengenai jumlah persalinan.

(1) Pernyataan pasien mengenai pernah atau tidak mengalami abortus.

(2) Pernyataan pasien mengenai kebutuhannya.

(3) Pernyataan pasien mengenai keluhan.

(4) Hasil pemeriksaan.

c) Pemeriksaan keadaan umum pasien.

d) Status emosional pasien.

e) Pemeriksaan keadaan pasien.

f) Pemeriksaan tanda vital.

g) Masalah: tidak ada.

h) Kebutuhan: tidak ada.

i) Masalah potensial: tidak ada.

j) Kebutuhan tindakan segera berdasarkan kondisi klien: tidak ada
Mandiri Kolaborasi Merujuk.

d. Mengidentifikasi Diagnosa dan Antisipasi Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lainnya berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun. Langkah ini sangat vital untuk asuhan yang aman.

e. Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya penanganan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

f. Merencanakan Asuhan Kebidanan

Membuat rencana tindakan saat ini atau yang akan datang untuk mengupayakan tercapainya kondisi pasien yang mungkin atau menjaga/mempertahankan kesejahteraannya berupa perencanaan, apa yang dilakukan dan evaluasi berdasarkan diagnosa. Evaluasi rencana didalamnya termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, test diagnostik/laboratorium, konseling dan *follow up* (Wahyuni, 2011). Membuat suatu rencana asuhan yang komprehensif, ditentukan oleh langkah sebelumnya, adalah suatu perkembangan dari masalah atau diagnosa yang sedang terjadi atau terantisipasi dan juga termasuk mengumpulkan informasi tambahan atau tertinggal untuk data dasar. Penyuluhan pasien dan konseling, dan rujukan-rujukan yang perlu untuk masalah sosial, ekonomi, agama, keluarga, budaya atau masalah psikologi. Dengan kata lain meliputi segala sesuatu mengenai semua aspek dari asuhan kesehatannya. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan atau wanita itu agar efektif, karena pada akhirnya wanita itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Oleh karena itu, tugas dalam langkah ini termasuk membuat dan mendiskusikan rencana dengan wanita itu begitu juga termasuk penegasannya akan persetujuannya.

g. Pelaksanaan

Melaksanakan perencanaan asuhan menyeluruh, perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh wanita tersebut. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (memastikan langkah- langkah benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggung jawab terhadap pelaksanaannya rencana asuhan

bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisiensi akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan pasien (Sudarti, 2010).

h. Evaluasi

Langkah terakhir ini sebenarnya adalah merupakan pengecekan apakah rencana asuhan tersebut, yang meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, benar-benar telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat di anggap efektif dalam pelaksanaannya dan di anggap tidak efektif jika tidak efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian tidak (Sudarti, 2010).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

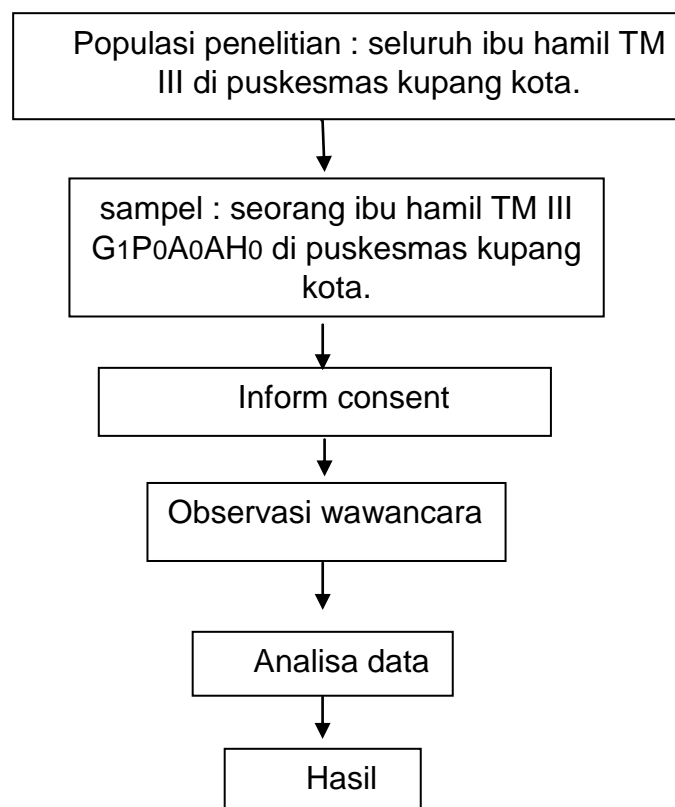
Desain penelitian Merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati dengan menggunakan pendekatan studi kasus (sastroasmoro, 2011).

Jenis atau metode penelitian yang digunakan adalah studi penelaahan kasus (*Case Study*). Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal di sini dapat berarti satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam di analisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoatmojo, 2010).

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus yaitu untuk menggambarkan asuhan kebidanan pada Ny. T. R. H dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan di Puskesmas Kupang Kota.

3.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya. Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Kerja

3.3 Lokasi dan Waktu

3.3.1 Lokasi Penelitian

Lokasi studi kasus merupakan tempat diaman pengambilan kasus tersebut dilaksanakan (Notoatmodjo,2005). Dalam studi kasus ini lokasi yang dijadikan sebagai objek penelitian adalah Puskesmas Kupang Kota.

3.3.2 Waktu Penelitian

Waktu studi kasus merupakan batas waktu dimana pengambilan kasus diambil (Notoatmodjo,2010). Waktu penelitian: Dilaksanakan pada tanggal 05 Maret – 28 Maret Tahun 2018.

3.4 Subyek Kasus

3.4.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Setiawan, 2011). Populasi dalam studi kasus ini adalah semua ibu hamil trimester III di Puskesmas Kupang kota.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi atau sebagian dari sekumpulan unit penelitian (Lapau,2015). Sampel dari study kasus ini adalah Ny. T. R. H G₁P₀A₀P₀AH₀ usia kehamilan 37-38 minggu janin hidup tunggal letak kepala intra uterin keadaan ibu dan janin baik.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

3.5.1 Data Primer

a) Observasi

Pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmojo,2010). Metode pengumpulan data melalui suatu pengamatan dengan menggunakan pancaindra maupun alat sesuai format asuhan kebidanan pada ibu hamil yang data obyektif meliputi: keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan) penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkar lenga atas, pemeriksaan fisik (kepala, leher, dada, posisi tilang belakang, abdomen, ekstermitas), pemeriksaan kebidanan (palpasi uterus Leopold I-IV dan ausklutasi denyut jantung janin), serta pemeriksaan penunjang (pemeriksaan proteinuria dan hemoglobin).

b) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmojo,2010).

Wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat melalui jawaban tentang masalah-masalah yang terjadi pada ibu hamil. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara sesuai format asuhan kebidanan pada ibu hamil yang berisi pengkajian meliputi: anamneses identitas, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit psikososial dan pola hidup.

3.5.2 Data Sekunder

Data ini diperoleh dari instansi terkait (Puskesmas Kupang Kota) yang ada hubungan dengan masalah yang ditemukan, maka penulis mengambil data dengan studi dokumentasi yaitu buku KIA, kartu ibu, register, kohort, dan pemeriksaan laboratorium (haemoglobin).

3.6 Alat dan bahan

3.6.1 Hamil

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam metode penelitian pada masa kehamilan adalah tensimeter, stetoskop, thermometer, jam, funduskop, *metline* (pita senti), pita lila, *refleks patella*, dan timbangan.

3.6.2 Persalinan

- a) Bak instrumen berisi (klem tali pusat 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, $\frac{1}{2}$ kocher 1 buah, handscoon 2 pasang, kassa secukupnya).

- b) Heating set (nealfooder 1 buah, gunting benang 1 buah, jarum otot dan kulit, handscoon 1 pasang dan kasa secukupnya).
- c) Tempat berisi obat (oxytocin 2 ampul 10 IU, salap mata Oxythetracyclins 1%).
- d) Betadine.
- e) Penghisap lendir deely.
- f) Larutan sanitaser 1 botol.
- g) Korentang.
- h) Air DTT.
- i) Kapas DTT.
- j) Underpad.
- k) 3 tempat berisikan (larutan Chlorin 0.5 %, air sabun dan air bersih).
- l) Tempat sampah tajam.
- m) Tempat plasenta.
- n) Alat pelindung diri (celemek, penutup kepala, masker, kacamata, sepatu booth).
- o) Cairan infus RL, infus set dan abocate.
- p) Pakaian ibu dan bayi.

3.6.3 Nifas

Alat dan bahan yang di gunakan dalam metode penelitian pada masa nifas adalah tensimeter, stetoskop, thermometer, jam tangan yang ada jarum detik, buku catatan dan alat tulis, kapas DTT dalam kom,

handscoon, larutan klorin 0,5 %, air bersih dalam baskom, kain, pembalut, pakaian dalam ibu yang bersih dan kering.

3.6.4 Bayi Baru Lahir

Alat dan bahan yang digunakan dalam metode penelitian pada bayi baru lahir adalah selimut bayi, pakaian bayi, timbangan bayi, alas dan baki, bengkon, bak instrumen, stetoskop, handscoon 1 pasang, midline, kom berisi kapas DTT, thermometer, jam tangan, baskom berisi klorin 0,5 %, lampu sorot.

3.6.5 KB

- a) ABPK (Lembar Balik)
- b) Leaflet

3.6.6 Pemeriksaan penunjang

Alat dan bahan yang digunakan untuk pemeriksaan Haemoglobin dengan menggunakan Hb Sachli yaitu:

- a) Tabung reaksi (3 tabung).
- b) Pipet 2.
- c) Manset.
- d) Handscoon.
- e) Larutan HCL.
- f) *Aquades*.
- g) Tempat berisi air bersih.
- h) Tempat air sabun.
- i) Larutan chlorin 0,5%.

Instrumen studi kasus yang digunakan adalah pedoman observasi, wawancara dan studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan sesuai pedoman.

3.7 Etika Penelitian

Etika dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian kebidanan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian.

1. Informed consent

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan partisipan, dengan memberikan lembar persetujuan (*informed consent*). *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi partisipan. Tujuan *informed consent* adalah agar partisipan mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika partisipan bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, serta bersedia untuk direkam dan jika partisipan tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak partisipan.

2. Menggunakan Initial

Merupakan etika dalam penelitian kebidanan mencantumkan nama klien pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian

yang disajikan dengan menggunakan nama initial. Dengan demikian privasi dari klien terjamin.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Merupakan etika dalam penelitian untuk menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua partisipan yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Kupang Kota khususnya poli KIA. Puskesmas Kupang Kota terletak di jl. soekarno Hatta, Kecamatan Kota Raja, Kota Kupang. Puskesmas Kupang Kota memiliki satu buah Puskesmas pembantu yaitu Pustu Air Nona. Puskesmas Kupang Kota mempunyai fasilitas-fasilitas kesehatan yang khususnya dirawat jalan karena di puskesmas tersebut hanya rawat jalan saja dan tidak memiliki rawat inap. Rawat jalan terdiri dari ruangan: poli umum, poli gigi, poli anak (MTBS), poli KiA, poli survailens, poli promkes-kesling, poli gizi, poli imunisasi, apotek dan laboratarium.

Puskesmas Kupang Kota memiliki 44 orang tenaga kerja yang terdiri dari 8 orang tenaga kesehatan bidan yang diantaranya terdiri dari 4 orang PNS, 2 orang PTT, 2 orang bidan magang. 10 orang tenaga kesehatan perawat yang diantaranya terdiri dari 7 orang PNS, 2 orang PTT dan 1 tenaga kesehatan perawat magang, 1 orang tenaga kesehatan lingkungan yang sudah PNS, 2 tenaga analis yang sudah PNS, 2 orang tenaga kesehatan gizi yang merupakan PNS, 3 orang perawat gigi yang diantaranya 2 orang PNS, dan 1 orang PTT,

3 orang tenaga kesehatan dokter terdiri dari 2 dokter PNS dan 1 dokter PTT, 2 orang dokter gigi dimana 1 orang PNS dan 1 orang PTT, 1 orang promosi kesehatan yang sudah PNS, 2 orang tenaga farmasi yang sudah PNS, 2 orang sanitarian yang sudah PNS, 1 orang kepala tata usaha yang sudah PNS, 1 orang sopir yang sudah PNS, 5 orang pegawai loket diantaranya 1 PNS, 3 PTT, dan 1 sukarela.

Upaya pokok pelayanan di Puskesmas Kupang Kota yaitu pelayanan KIA/KB, pemeriksaan bayi, balita anak dan orang dewasa serta pelayanan imunisasi yang bisa dilaksanakan di 18 posyandu yang terdiri dari 5 kelurahan antara lain kelurahan merdeka yang terdiri dari 5 posyandu yang diberi nama posyandu menurut I-V, kelurahan solor yang terdiri dari 5 posyandu yang diberinama posyandu bogenvil I-V, kelurahan LLBK terdiri dari satu posyandu saja, kelurahan air mata terdiri dari 3 posyandu yang diberi nama Trikora 1-3 dengan pelayanan posyandu adalah imunisasi balita, posyandu lansia, dan kelas ibu hamil.

4.2. Hasil Penelitian

4.2.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada seorang ibu hamil yang datang ke Puskesmas Kupang kota pada hari Jumat, 13 April 2018. Data subjektif yang didapatkan yaitu Berdasarkan

pengkajian diperoleh nama kepala keluarga adalah Tn.S.G.A , usia 29 tahun, agama kristen protestan, asal Sabu, riwayat pendidikan terakhir S1, pekerjaan tenaga kontrak dengan penghasilan Rp.±1.500.000 dan berdomisili di RT 06/ RW 02 Airnona. Nama ibu Ny.T.R.H usia 28 tahun, agama kristen protestan, asal Sabu, riwayat pendidikan terakhir S1 dan pekerjaan ibu rumah tangga, nomor Hp 081231001613, alamat RT 06/RW 02 Airnona.

Alasan kunjungan adalah untuk memeriksakan kehamilannya, ibu mengatakan tidak ada keluhan. Haid pertama kali saat berumur 15 tahun dengan siklus 28 hari, lamanya darah 3-7 hari, sifat darah encer, nyeri haid tidak ada, hari pertama haid terakhir 27-07-2017, tafsiran persalinan 04-05-2018. Ibu mengatakan bahwa sudah menikah sah, lamanya perkawinan 1 tahun, umur saat kawin 28 tahun dan satu kali kawin. Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya, Ibu mengatakan selama hamil periksa kehamilan di Puskesmas Kupang Kota.

Pada kehamilan yang sekarang ibu memeriksakan kehamilan pada trimester satu sebanyak satu kali dengan mual muntah terapi yang didapatkan yaitu asam folat, antasid dan B6. Periksa kehamilan pada trimester dua sebanyak dua kali dengan keluhan pusing terapi yang didapatkan yaitu SF, Vitamin C dan kalak dan periksa kehamilan pada Trimester tiga sebanyak empat kali dengan keluhan pusing dan nyeri perut bagian bawah, terapi yang

didapatkan yaitu SF, vitamin C, dan kalak. Ibu mendapatkan Imunisasi TT dua kali yakni TT1 pada tanggal 15 Desember 2017 dan TT2 pada tanggal 02 Februari 2018, pergerakan janin dirasakan ibu pada usia kehamilan 4 bulan.

Ibu tidak pernah menderita penyakit seperti masalah kardiovaskuler, diabetes, hipertensi, malaria, penyakit kelamin, ginjal, asma serta keluarga suaminya tidak pernah menderita penyakit kronis, penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, sifilis, herpes dan lain – lain serta tidak ada keturunan kembar. Suami dan keluarga senang dengan kehamilan ibu saat ini. Dukungan dari keluarga baik dimana suami dan keluarga menghantar ibu untuk memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Kupang Kota. Ibu berencana melahirkan di Puskesmas Bakunase dengan ditolong oleh bidan, aktivitas ibu setiap hari yakni bekerja di rumah saja mengurus suami dan anak, mencuci, masak, menyapu. Jenis kelamin yang diharapkan perempuan atau laki-laki sama saja yang penting sehat. Pengambil keputusan dalam keluarga yakni suami dan istri saling berunding. Ibu tidak pernah merokok, tidak mengonsumsi minuman beralkohol, tidak mengonsumsi obat terlarang dan tidak minum kopi. Latar belakang budaya akan kebiasaan melahirkan ditolong oleh bidan, tidak ada pantangan makanan, tidak ada kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan dan nifas.

Riwayat seksual sebelum hamil dua kali per minggu dan saat hamil 1 kali per minggu dan tidak ada keluhan. Untuk pola makan, ibu biasanya makan nasi, sayur, ikan, telur, tempe, daging dan lain – lain dengan frekuensi makan tiga kali per hari, nafsu makan baik, dan minuman yang dikonsumsi yaitu air putih. Pola eliminasi, BAB dua kali per hari, warna kuning dengan bau khas feses, tidak ada keluhan dan BAK lebih dari dua kali per hari, warna kuning dengan bau khas amoniak dan tidak ada keluhan saat BAK. Pola istirahat, tidur siang satu jam dan tidur malam enam sampai tujuh jam keluhan tidak ada. Kebersihan diri/*personal hygiene*, mandi dua kali per hari, gosok gigi dua kali per hari, ganti pakaian dalam tiga kali per hari atau apabila lembab dan basah, ganti pakaian luar dua kali per hari, ibu sudah melakukan perawatan payudara setiap kali mandi dengan minyak baby oil.

Data objektif yang didapatkan yaitu pada pemeriksaan umum keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah ceria. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital yakni tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit dan suhu 36,8 °C, berat badan sebelum hamil 42 kg dan BB selama hamil naik menjadi 52 Kg dengan tinggi badan ibu 148,1 cm, dan lila 24 cm.

Dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu hasilnya kepala bersih, tidak ada kelainan, tidak ada benjolan, rambut bersih dan tidak

rontok, bentuk wajah oval, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum dan tidak ada oedema, mata konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada oedema, mukosa bibir lembab, tidak ada caries, tidak ada karang gigi, lidah bersih, telinga simetris, bersih, tidak ada serumen, leher tidak ada kelainan, dada tidak ada kelainan, payudara simetris, bersih dan membesar, ada hyperpigmentasi pada aerola mammae, puting susu menonjol, tidak ada retraksi dumpling, abdomen tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae, tidak ada linea alba, ada linea nigra, ekstremitas simetris, dan tidak ada kelainan, genitalia dan anus tidak dilakukan pemeriksaan. Leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, payudara tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, sudah ada colostrum kiri dan kanan ⁽⁺⁾/₍₊₎.

Abdomen tidak ada nyeri tekan, membesar sesuai usia kehamilan, Leopold I TFU 3 jari dibawah prosesus xiphoideus pada bagian fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II pada perut bagian kanan ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), pada perut bagian kiri ibu teraba bagian – bagian terkecil janin (ekstremitas), Leopold III Pada perut bagian bawah ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala), kepala sudah masuk PAP, Leopold IV Divergen, penurunan kepala 4/5. Mc donald TFU 30 cm, TBBJ 2.945 gram, ekstremitas tidak

ada oedema, tidak ada varises. Pada pemeriksaan fisik kepada ibu dengan metode auskultasi DJJ (+) terdengar jelas, kuat dan teratur pada titik maksimum di perut ibu bagian kanan dengan frekuensi 144 ^x/menit. Refleks patella (+)/(+). Pemeriksaan Penunjang yang pernah dilakukan adalah Protein urin negatif, golongan darah A dan hemoglobin 11 gram%.

2. Analisa masalah dan diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif diatas, maka ditegakkan sebuah diagnosa kebidanan yaitu :

Ny. T.R.H G₁P₀A₀AH₀ UK 37 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik.

Data subyektif pendukung diagnosa yaitu ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, tidak memiliki anak hidup, hari pertama haid terakhir 27-07-2017, ibu mengatakan tidak ada keluhan.

Data obyektif yang mendukung diagnosa yaitu usia kehamilan 36-37 minggu sesuai perhitungan HPHT, pada pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital yakni tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit dan suhu 36,8 °C. Leopold I TFU 3 jari dibawah prosesus xipoides pada bagian fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong), leopold II pada perut bagian kanan ibu teraba keras,

datar dan memanjang seperti papan (punggung), pada perut bagian kiri ibu teraba bagian – bagian terkecil janin (ekstremitas), leopold III Pada perut bagian bawah ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul (PAP), leopold IV Divergen, penurunan kepala 4/5 . Mc donald TFU 30 cm, TBBJ 2945 gram, ekstremitas tidak ada oedema, tidak ada varises. Pada pemeriksaan fisik kepada ibu dengan metode auskultasi DJJ (+) terdengar jelas, kuat dan teratur pada titik maksimum perut ibu bagian kanan dengan frekuensi 136 ^x/menit.

Pada pemeriksaan penunjang yang pernah dilakukan adalah protein urin negatif, golongan darah A dan hemoglobin 11 gram%,

3. Antisipasi Masalah Potensial

Dari hasil analisa diagnosa dan masalah maka dapat ditegakan tidak ada antisipasi masalah potensial yang terjadi pada Ny. T.R.H G₁P₀A₀AH₀ UK 37 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik.

4. Tindakan Segera

Tidak ada tindakan segera yang dilakukan pada Ny. T.R.H G₁P₀A₀AH₀ UK 37 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik.

5. Perencanaan

Berdasarkan diagnosa pada Ny. T.R.H G₁P₀A₀AH₀ UK 37 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala,

keadaan ibu dan janin baik, maka dibuat perencanaan Asuhan Kehamilan Jumat, 13 April 2018 pukul 10.00 Wita yaitu Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, rasionalnya Informasi yang diberikan merupakan hak ibu untuk mendapatkan penjelasan oleh tenaga kesehatan yang memberikan asuhan tentang efek-efek potensial langsung maupun tidak langsung atau tindakan yang dilakukan selama kehamilan, persalinan, atau menyusui, sehingga ibu lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan.

Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya trimester III, rasionalnya setiap ibu hamil sering mengalami perubahan fisik dan psikis yang fisiologis ketika tubuh tidak mampu beradaptasi dengan perubahan itu maka akan berubah menjadi keadaan yang patologis. Jelaskan tentang tanda-tanda persalinan, rasionalnya agar ibu mengetahui secara dini apa yang merupakan tanda-tanda persalinan, sehingga ketika tanda-tanda itu dirasakan ibu segera ke tenaga kesehatan. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai persiapan persalinan, rasionalnya persiapan persalinan merupakan cara untuk menghadapi persalinan dan memudahkan penolong pada saat menolong persalinan serta mencegah terjadi keterlambatan atau hal-hal yang tidak diinginkan selama proses persalinan. Jelaskan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu, rasionalnya penjelasan tentang ketidaknyamanan diharapkan dapat

mengurangi rasa cemas yang dialami ibu pada trimester III. Jelaskan pada ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, rasionalnya makan makanan bergizi seimbang dapat membantu ibu dalam proses persalinan sebagai sumber energi bagi ibu agar ibu tetap sehat serta mencegah ibu dari anemia. Jelaskan pada ibu untuk minum obat secara teratur, rasionalnya SF 200 mg berfungsi untuk menambah zat besi dalam tubuh dan meningkatkan kadar haemoglobin, vitamin C 50 mg berfungsi untuk membantu proses penyerapan sulfat ferosus dan meningkatkan daya tahan tubuh.

Jelaskan pada ibu untuk menjaga kebersihan diri khususnya daerah genitalia, rasionalnya menjaga Kebersihan diri merupakan cara untuk mencegah terjadi transmisi kuman pada ibu sehingga ibu tidak terinfeksi dan dapat mengurangi hal-hal yang dapat memberikan efek negative pada ibu hamil. Jelaskan pada ibu tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi, rasionalnya karena ASI mengandung zat untuk kekebealan tubuh bayi. Berikan penjelasan kepada ibu dan keluarga tentang KB, rasionalnya KB bertujuan untuk menjarakkan kehamilan, mencegah kehamilan dini dan kehamilan yang tidak diinginkan serta memberikan kesempatan kepada ibu untuk dapat mengurus dirinya dan juga suami serta anak-anaknya. Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol ulang kehamilannya, rasionalnya pada ibu hamil trimester III kunjungan ulang dilakukan setiap minggu atau bila ada keluhan sehingga

mampu memantau kesehatan dan memantau masalah yang mungkin saja terjadi pada janin dan ibu.

Buat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk kunjungan rumah, rasionalnya kunjungan rumah adalah kegiatan tenaga kesehatan ke rumah ibu hamil dalam rangka untuk membantu ibu, suami dan keluarga membuat perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi persalinan kesepakatan kunjungan rumah dengan ibu disesuaikan waktu dengan ibu. Lakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan, rasionalnya sebagai bukti pelayanan dan mempermudah pemberian pelayanan selanjutnya serta sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat pelayanan kebidanan.

6. Pelaksanaan

Berdasarkan diagnosa pada Ny. T.RH G₁P₀A₀AH₀ UK 37 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik.

Berdasarkan perencanaan yang dibuat maka pelaksanaan yang diberikan pada Jumat, 13 April 2018 pukul 10.15 Wita yaitu: memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,8°C, tinggi fundus uteri 3 jari dibawah *processus xipioideus* (Mc. Donald 32 cm), punggung kanan, kepala sudah masuk pintu atas panggul, DJJ 136 x/menit. Menjelaskan pada ibu dan keluarga

tentang tanda bahaya trimester III seperti perdarahan pervaginam yang banyak dan belum waktu untuk bersalin, sakit kepala hebat, nyeri abdomen yang hebat, bengkak pada muka dan tangan, gerakan janin berkurang, keluar cairan pervaginam. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, nyeri perut hebat dari pinggang menjalar keperut bagian bawah secara terus-menerus.

Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambilan keputusan apabila terjadi keadaan gawat darurat, transportasi yang akan digunakan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakaian ibu dan bayi. Menjelaskan kepada ibu tentang Ketidaknyamanan yang dirasakan ibu seperti sering miksi, dan sakit pinggang, yaitu menambah asupan cairan, berkemih hanya ketika dirasakan dorongan, mengurangi asupan cairan hanya pada sore hari untuk mengurangi Nokturia dan hindari pekerjaan berat yang tidak nyaman, hindari penggunaan sepatu hak tinggi, mengangkat beban berat, serta kelelahan. Menjelaskan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, ubi) yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan energi ibu, protein (daging, telur, tempe, tahu, ikan) yang berfungsi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta pengganti sel-sel yang

sudah rusak, vitamin dan mineral (bayam, daun kelor, buah-buahan dan susu) yang berfungsi untuk pembentukan sel darah merah serta sebagai persiapan tenaga bagi ibu dalam menghadapi persalinan. Menjelaskan pada ibu untuk minum obat secara teratur berdasarkan dosis yaitu SF diminum pada malam hari satu kali satu sesudah makan dengan air putih, Vitamin C diminum pada malam hari satu kali satu sesudah makan dengan air putih, obat-obatan tidak boleh diminum dengan teh atau kopi karena dapat menghambat proses penyerapan obat.

Menjelaskan kepada ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri seperti ganti pakaian dalam 3 kali sehari dan bila merasa lembab, membersihkan daerah genetalia sehabis mandi, BAK dan BAB dari arah depan kebelakang untuk mencegah penyebaran kuman dari anus ke vagina. Menjelaskan kepada ibu tentang ASI eksklusif yaitu pada saat segera setelah bayi lahir sampai bayi berusia 6 bulan tanpa makanan tambahan apapun.

Menjelaskan pada Ibu dan keluarga tentang pentingnya KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu untuk merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga. Menganjurkan pada ibu untuk datang kontrol lagi pada tanggal 20 April 2018 atau bila ada keluhan. Membuat kesepakatan dengan ibu untuk melakukan kunjungan rumah hari Jumat, 20 April 2018. Melakukan pendokumentasian pada buku register dan KIA

dan register. Sebagai bukti pelaksanaan/pemberian pelayanan antenatal.

7. Evaluasi

Berdasarkan diagnosa pada Ny.T.R.H G₁P₀A₀AH₀ UK 37 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik.

Berdasarkan pelaksanaan yang telah dilakukan maka hasil evaluasi yang didapatkan pada jumat, 13 April 2018 pukul 10.18 Wita yaitu Ibu senang mendengarkan informasi hasil pemeriksaan, ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan dapat menyebutkan salah satu tanda bahaya trimester III yaitu keluar darah dari jalan lahir sebelum waktunya dan pecahnya air ketuban, ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan oleh bidan dan ibu dapat menyebutkan tanda-tanda persalinan seperti keluar air-air bercampur darah dari jalan lahir maka ibu segera ke puskesmas, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan semua persiapan persalinan telah disiapkan, ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan oleh bidan dan bersedia melakukan sesuai penjelasan yang diberikan tentang ketidak nyamanan yang dirasakan, Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau mengonsumsi makanan bergizi seimbang, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan menjaga kebersihan

dirinya, ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan oleh bidan serta mau minum obat sesuai dosis yang diberikan, ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan oleh bidan serta mau menjaga kebersihan diri dan istirahat yang cukup, ibu mengerti dengan penjelasan dan mau mengikuti KB setelah bersalin, ibu mengerti dan mau datang kembali pada tanggal yang telah ditetapkan, ibu bersedia datang kontrol lagi pada tanggal 20 April 2018 atau bila ada keluhan, ibu bersedia dikunjungi senin, 18 April 2018 di rumahnya, pendokumentasian telah dilakukan pada buku register dan buku KIA ibu.

CATATAN PERKEMBANGAN KEHAMILAN (KE-1)

Tanggal : 18 April 2018

Jam : 10.15 WITA

Tempat : Rumah Ny.I.K

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : 1. Keadaan umum : Baik, Kesadaran : composmentis

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 100/80 mmHg, Nadi : 80 x/m,

Pernapasan : 19 x/m, Suhu : 36,6⁰C

3. DJJ terdengar jelas dan teratur, frekuensi 140 kali/menit.

A : Ny. T.R.H G₁P₀A₀AH₀ usia kehamilan 37 minggu 6 hari janin

hidup tunggal letak kepala intra uterin keadaan ibu dan janin baik

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa tekanan darah :100/80 mmHg, nadi : 80x/menit, pernafasan:19x/menit, suhu: 36,6°C, tinggi fundus uteri 3 jari dibawah *processus xipoides* (Mc. Donald 32 cm), punggung kanan, kepala sudah masuk pintu atas panggul, djj:146x/menit.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan ibu dan janin baik dan ibu merasan senang dengan informasi yang diberikan.

2. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya trimester III seperti perdarah pervaginam yang banyak dan belum waktu untuk bersalin, sakit kepala hebat, nyeri abdomen yang hebat, bengkak pada muka dan tangan, gerakan janin berkurang, keluar cairan pervaginam.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan dapat menyebutkan salah satu tanda tanda bahaya trimester III yaitu tidak dirasakan gerakan janin

3. Menjelaskan kepada ibu mengenai persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambilan keputusan apabila terjadi keadaan gawat darurat, transportasi yang akan digunakan, memilih

pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakaian ibu dan bayi.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan telah menyiapkan semua persiapan persalinan.

4. Menganjurkan kepada ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, ubi) yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan energi ibu, protein (daging, telur, tempe, tahu, ikan) yang berfungsi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta pengganti sel-sel yang sudah rusak, vitamin dan mineral (bayam, daun kelor, buah-buahan dan susu) yang berfungsi untuk pembentukan sel darah merah.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau makan makanan yang mengandung nilai gizi seperti nasi, sayur-sayuran dan lauk pauk

5. Menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur berdasarkan dosis pemberiannya yaitu Fe diminum 1x 200 mg pada malam hari setelah makan untuk mencegah pusing pada ibu, Vitamin C diminum 1x50 mg bersamaan dengan SF. Fungsinya membantu proses penyerapan SF. Ibu mengerti dengan penjelasan dan berjanji akan minum obat sesuai yang telah dijelaskan oleh bidan

6. Mengajukan kepada ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri seperti mandi 2x sehari, keramas rambut 2x seminggu, menggosok gigi 2x sehari, ganti pakaian dalam 2x sehari dan bila merasa lembab, membersihkan daerah genitalia sehabis mandi, BAK dan BAB dari arah depan ke belakang untuk mencegah penyebaran kuman dari anus ke vagina.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau menjaga dan memperhatikan kebersihan dirinya.

7. Menjelaskan kepada ibu tentang ASI Eksklusif yaitu untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir sampai bayi berusia 6 bulan tanpa makanan tambahan apapun.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan berjanji akan memberikan ASI kepada bayinya

8. Menjelaskan kepada Ibu hamil tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu untuk merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau mengikuti KB setelah 40 hari pasca bersalin nanti

9. Mengajukan pada ibu untuk datang kontrol lagi pada puskesmas dengan membawa buku KIA.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan akan kembali periksa kembali ke puskesmas sesuai tanggal yang telah ditetapkan oleh bidan dan juga membawa buku KIA

10. Melakukan pendokumentasian pada buku KIA dan register. Sebagai bukti pelaksanaan/pemberian pelayanan antenatal. Semua hasil pemeriksaan telah di dokumentasikan pada buk KIA, buku register, dan status pasien.

CATATAN PERKEMBANGAN KEHAMILAN (KE-2)

Tanggal : 20 April 2018

Jam : 09.00 WITA

Tempat : Puskesmas Kupang Kota

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : 1. Keadaan umum : Baik, Kesadaran : Komposmentis

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 100/80 mmHg, Nadi : 80 x/m,

Pernapasan : 19 x/m, Suhu : 36,6⁰C

3. DJJ terdengar jelas dan teratur, frekuensi 140 kali/menit.

A : Ny. T.R.H G₁P₀A₀AH₀ usia kehamilan 38 minggu 1 hari janin hidup tunggal letak kepala intra uterin keadaan ibu dan janin baik

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa tekanan darah: 100/80 mmHg, nadi:80x/menit, pernafasan:19x/menit, suhu: 36,6°C, tinggi fundus uteri 3 jari dibawah *processus xipoides* (Mc. Donald 32 cm), punggung kanan, kepala sudah masuk pintu atas panggul, djj:146x/menit.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan ibu dan janin baik dan ibu merasan senang dengan informasi yang diberikan.

2. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya trimester III seperti perdarah pervaginam yang banyak dan belum waktu untuk bersalin, sakit kepala hebat, nyeri abdomen yang hebat, bengkak pada muka dan tangan, gerakan janin berkurang, keluar cairan pervaginam.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan dapat menyebutkan salah satu tanda bahaya trimester III yaitu tidak dirasakan gerakan janin

3. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, nyeri perut hebat dari pinggang menjalar keperut bagian bawah.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan apabila mendapatkan salah satu tanda bahaya seperti keluar darah dan lendir dari jalan lahir maka ibu segera ke

puskesmas

4. Menjelaskan kepada ibu mengenai persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambilan keputusan apabila terjadi keadaan gawat darurat, transportasi yang akan digunakan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakaian ibu dan bayi.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan telah menyiapkan semua persiapan persalinan.

5. Menganjurkan kepada ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, ubi) yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan energi ibu, protein (daging, telur, tempe, tahu, ikan) yang berfungsi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta pengganti sel-sel yang sudah rusak, vitamin dan mineral (bayam, daun kelor, buah-buahan dan susu) yang berfungsi untuk pembentukan sel darah merah.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau makan makanan yang mengandung nilai gizi seperti nasi, sayur-sayuran dan lauk pauk

6. Menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur berdasarkan dosis pemberiannya yaitu Fe diminum 1x200

mg pada malam hari setelah makan untuk mencegah pusing pada ibu, Vitamin C diminum 1x50 mg bersamaan dengan SF. Fungsinya membantu proses penyerapan SF. Ibu mengerti dengan penjelasan dan berjanji akan minum obat sesuai yang telah dijelaskan oleh bidan

7. Mengajarkan kepada ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri seperti mandi 2x sehari, keramas rambut 2x seminggu, menggosok gigi 2x sehari, ganti pakaian dalam 2x sehari dan bila merasa lembab, membersihkan daerah genitalia sehabis mandi, BAK dan BAB dari arah depan ke belakang untuk mencegah penyebaran kuman dari anus ke vagina.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau menjaga dan memperhatikan kebersihan dirinya

8. Menjelaskan kepada ibu tentang ASI eksklusif yaitu untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir sampai bayi berusia 6 bulan tanpa makanan tambahan apapun.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan berjanji akan memberikan ASI kepada bayinya

9. Menjelaskan kepada Ibu hamil tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu untuk merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau mengikuti KB setelah 40 hari pasca bersalin nanti

10. Menganjurkan pada ibu untuk datang kontrol lagi pada puskesmas dengan membawa buku KIA.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan akan kembali memeriksa kembali ke puskesmas sesuai tanggal yang telah ditetapkan oleh bidan dan juga membawa buku KIA

11. Melakukan pendokumentasian pada buku KIA dan register. Sebagai bukti pelaksanaan/pemberian pelayanan antenatal. Semua hasil pemeriksaan telah di dokumentasikan pada buk KIA, buku register, dan status pasien

4.2.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Persalinan kala I

a. Asuhan persalinan di Puskesmas Bakunase

1) Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada seorang ibu inpartu yang datang ke Puskesmas Bakunase pada hari Jumat, 27 April 2018 pukul 01.15 WITA.

a) Data subjektif yang didapatkan yaitu Berdasarkan pengkajian diperoleh nama kepala keluarga adalah Tn.S.G.A, usia 29 tahun, agama kristen protestan, asal Sabu, riwayat pendidikan terakhir S1, pekerjaan tenaga

kontrak dengan penghasilan Rp.±1.500.000 dan berdomisili di RT 06/ RW 02 Airnona.

Nama ibu Ny.T.R.H usia 28 tahun, agama kristen protestan, asal Sabu, riwayat pendidikan terakhir S1 dan pekerjaan ibu rumah tangga, nomor Hp 081231001613, alamat RT 06/RW 02 Airnona.

Keluhan utama ibu mengeluh nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah disertai pengeluaran lendir bercampur darah pada pukul 21.00 WITA, Haid pertama kali saat berumur 15 tahun dengan siklus 28 hari, lamanya darah 3-7 hari, sifat darah encer, nyeri haid tidak ada, hari pertama haid terakhir 27-07-2017, tafsiran persalinan 04-05-2018. Ibu mengatakan bahwa sudah menikah sah, lamanya perkawinan 1 tahun, umur saat kawin 28 tahun dan satu kali kawin. Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya, Ibu mengatakan selama hamil pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Kupang Kota.

Pada kehamilan yang sekarang pergerakan anak dirasakan pada usia kandungan 4 bulan, ANC tujuh kali di puskesmas Kupang Kota. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir sebanyak 10 kali, Ibu mendapatkan Imunisasi TT dua kali yakni TT1 pada tanggal 15

Desember 2017 dan TT2 pada tanggal 02 Februari 2018, pergerakan janin dirasakan ibu pada usia kehamilan 4 bulan, ibu belum pernah melahirkan sebelumnya dan ibu juga belum pernah menggunakan KB.

Ibu tidak pernah menderita penyakit seperti masalah kardiovaskuler, diabetes, hipertensi, malaria, penyakit kelamin, ginjal, asma serta keluarga suaminya tidak pernah menderita penyakit kronis, penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, sifilis, herpes dan lain – lain serta tidak ada keturunan kembar.

Untuk pola makan, ibu biasanya makan nasi, sayur, ikan, telur, tempe, daging dan lain – lain dengan frekuensi makan tiga kali per hari, nafsu makan baik, dan minuman yang dikonsumsi yaitu air putih. Pola eliminasi, BAB dua kali per hari, warna kuning dengan bau khas feses, tidak ada keluhan, BAK lebih dari dua kali per hari, warna kuning dengan bau khas amoniak dan tidak ada keluhan saat BAK. Pola istirahat, tidur siang satu jam dan tidur malam enam sampai tujuh jam keluhan tidak ada. Kebersihan diri/*personal hygiene*, mandi dua kali per hari, gosok gigi dua kali per hari, ganti pakaian dalam tiga kali per hari atau apabila lembab dan basah, ganti pakaian luar dua kali per hari, ibu sudah melakukan

perawatan payudara setiap kali mandi dengan minyak baby oil.

- b) Data objektif yang didapatkan yaitu pada pemeriksaan umum keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah ceria. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital yakni tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit dan suhu 36,8 °C, berat badan sebelum hamil 42 kg dan BB selama hamil naik menjadi 52 Kg dengan tinggi badan ibu 148,1 cm.

Dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu hasilnya kepala bersih, tidak ada kelainan, tidak ada benjolan, rambut bersih dan tidak rontok, bentuk wajah oval, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum dan tidak ada oedema, mata konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada oedema, mukosa bibir lembab, tidak ada caries, tidak ada karang gigi, lidah bersih, telinga simetris, bersih, tidak ada serumen, leher tidak ada kelainan, dada tidak ada kelainan, payudara simetris, bersih dan membesar, ada hyperpigmentasi pada aerola mammae, puting susu menonjol, tidak ada retraksi dumpling, abdomen tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae, tidak ada linea alba, ada linea nigra, ekstremitas simetris, dan tidak ada

kelainan, genitalia dan anus tidak dilakukan pemeriksaan. Leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, payudara tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, sudah ada colostrum kiri dan kanan ⁽⁺⁾/₍₊₎. Pemeriksaan leopol: leopold I TFU 3 jari dibawah prosesus xipioideus pada bagian fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong), leopold II pada perut bagian kanan ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), pada perut bagian kiri ibu teraba bagian – bagian terkecil janin (ekstremitas), leopold III Pada perut bagian bawah ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala), kepala sudah masuk PAP, leopold IV divergen, penurunan kepala 4/5. Mc donald TFU 30 cm, TBBJ 2.945 gram, ekstremitas tidak ada oedema, tidak ada varises. Pada pemeriksaan fisik kepada ibu dengan metode auskultasi DJJ (+) terdengar jelas, kuat dan teratur pada titik maksimum di perut ibu bagian kanan dengan frekuensi 144 ^x/menit. Pemeriksaan dalam vulva/vagina tidak ada kelainan, tidak ada oedema, dan tidak ada varises, portio lunak, pembukaan (Ø) 4cm, Kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil

kiri depan, tidak ada molase dan turun hodge II. Pemeriksaan laboratorium Hb 11 gram% dan golongan darah A di lakukan pada tanggal 15 desember 2017.

2) Analisa masalah dan diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif diatas, maka ditegakkan sebuah diagnosa kebidanan yaitu : G₁P₀A₀AH₀ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I fase aktif, keadaan umum ibu dan janin baik.

Data subyektif pendukung diagnosa yaitu ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, tidak memiliki anak hidup, hari pertama haid terakhir 27-07-2017, ibu mengatakan nyeri perut hebat dari pinggang menjalar keperut bagian bawah secara terus -menerus.

Data obyektif yang mendukung diagnosa yaitu usia kehamilan 39 minggu 1 hari sesuai perhitungan HPHT, pada pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital yakni tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit dan suhu 36,8 °C. Leopold I

TFU 3 jari dibawah prosesus xiploideus pada bagian fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong), leopold II pada perut bagian kanan ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), pada perut bagian kiri ibu teraba bagian – bagian terkecil janin (ekstremitas), leopold III Pada perut bagian bawah ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul (PAP), leopold IV Divergen, penurunan kepala 4/5. Mc donald TFU 30 cm, TBBJ 2945 gram, ekstremitas tidak ada oedema, tidak ada varises. Pada pemeriksaan fisik kepada ibu dengan metode auskultasi DJJ (+) terdengar jelas, kuat dan teratur pada titik maksimum perut ibu bagian kanan dengan frekuensi 144 ^x/menit. Pemeriksaan dalam vulva/vagina tidak ada kelainan, tidak ada oedema, dan tidak ada varises, portio lunak, pembukaan (Ø) 4cm, Kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, tidak ada molase dan turun hodge II.

Pada pemeriksaan penunjang yang pernah dilakukan adalah protein urin negatif, golongan darah A dan hemoglobin 11 gram%.

3) Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada

4) Tindakan Segera

Tidak ada

5) Perencanaan

Berdasarkan diagnosa pada G₁P₀A₀AH₀ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I fase aktif keadaan ibu dan janin baik, maka dibuat perencanaan Asuhan Persalinan pada rabu, 27 April 2018 pukul 01.30 WITA.

Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, rasionalnya Informasi yang diberikan merupakan hak ibu untuk mendapatkan penjelasan oleh tenaga kesehatan yang memberikan asuhan tentang efek-efek potensial langsung maupun tidak langsung atau tindakan yang dilakukan selama kehamilan, persalinan, atau menyusui, sehingga ibu lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, rasionalnya lingkungan yang aman dan nyaman merupakan salah satu tindakan pencegahan infeksi. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum sebelum persalinan, rasionalnya makanan dan minuman sebagai sumber energi, tenaga dan pengaruh metabolisme dalam darah.

Anjurkan pada ibu untuk berkemih dan tidak boleh menahannya rasionalnya: kandung kemih yang penuh dapat menekan kepala janin dan pemumbakan serviks terhambat. Anjurkan pada ibu untuk tidur miring kiri, rasionalnya tidur miring kiri dapat mengurangi tekanan pada vena kava inferior sehingga oksigen kejanin tidak terhambat dan membantu penurunan kepala janin. Anjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan, rasionalnya mendampingi selama persalinan merupakan salah satu asuhan sayang ibu selama proses persalinan berlangsung. Lakukan masase pada daerah lumbal (pinggang) pada saat his, rasionalnya masase berguna untuk merangsang saraf pusat agar rangsangan nyeri berkurang. Anjurkan ibu untuk menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut, rasionalnya salah satu teknik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Ajari ibu cara mengedan yang baik dan benar, rasionalnya membantu memperlancar tindakan yang dilakukan saat proses persalinan sehingga dapat menghindari ruptur perineum maupun uterus. Observasi pembukaan serviks, penurunan kepala dan tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, DJJ dan kontraksi setiap 30 menit, rasionalnya: observasi merupakan salah satu cara membantu kemajuan persalinan.

Catat di lembar depan patograf, rasionalnya sebagai indicator untuk dapat mengidentifikasi tanda-tanda patologis yang mungkin terjadi.

6) Pelaksanaan

Berdasarkan diagnosa pada $G_1P_0A_0AH_0$ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

Berdasarkan perencanaan yang dibuat maka pelaksanaan yang diberikan pada Rabu, 27 April 2018 pukul 01.30 Wita yaitu: memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,8°C, pembukaan 4 cm, keadaan janin baik dengan DJJ 144x/menit. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman seperti menutup pintu untuk menjaga privasi, mengatur posisi ibu, melakukan pencegahan infeksi sehingga ibu merasa nyaman dengan tindakan yang diberikan. Menganjurkan kepada ibu untuk makan dan minum sebelum persalinan, mengonsumsi makanan seperti biasa dan juga minum air putih atau tea hangat.

Menganjurkan kepada ibu untuk berkemih dan tidak menahannya. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri dengan kaki kiri lurus dan kaki kanan di tekuk. Menganjurkan

keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan untuk membantu mengatur posisi ibu, mendampingi ibu dan memberi makan serta minum. Mengajarkan ibu teknik meneran yang baik dan benar yaitu dagu menempel pada dada membuka mata pada saat meneran, tangan dimasukkan kedalam paha, tangan menarik paha hingga kesiku, menarik napas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut serta tidak meneran saat tidak ada kontraksi. Observasi pembukaan serviks, penurunan kepala dan tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, DJJ dan kontraksi setiap 30 menit telah dilakukan. Mencatat hasil observasi pada partograf.

7) Evaluasi

Berdasarkan diagnosa pada G₁P₀A₀AH₀ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

Berdasarkan pelaksanaan yang telah dilakukan maka hasil evaluasi yang didapatkan pada Rabu, 27 April 2018 pukul 01.30 WITA yaitu Ibu dan keluarga senang mendengarkan informasi hasil pemeriksaan. Ibu merasa nyaman dan aman dengan lingkungan yang ada. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan ibu sudah tidur miring kiri. Ibu bersedia untuk berkemih dan tidak menahannya.

Keluarga sudah memberi ibu makan dan minum. Ibu dan keluarga menerima anjuran yang diberikan serta suami bersedia mendampingi ibu selama proses persalinan berlangsung. Ibu mengerti dan dapat melakukan sesuai anjuran yang diberikan. observasi telah dilakukan, patograf diisi saat masuk dalam fase aktif dan observasi yang dilakukan mulai pukul 01.30 sampai pada 09.40 terdapat perpanjangan kala I fase aktif sehingga dilakukan kolaborasi dan rujukan.

CATATAN PERKEMBANGAN PERSALINAN DI
PUSKESMAS BAKUNASE

Pukul: 09.40 WITA

Hari/tanggal: Rabu, 27-04-2018

S: Ibu mengatakan perutnya sakit dan badannya terasa lemas

O: Ku ibu cukup, Kesadaran : composmentis, keadaan emosional stabil

TTV: TD: 140/70 mmHg

Nadi: 82x/menit

Suhu: 36,6⁰C

RR: 20x/menit

Ekspresi wajah ibu tampak kesakitan kontraksi uterus 30 dalam 10 menit lamanya 30-35 detik. DJJ: 140x/menit, Pembukaan 5 cm penurunan kepala hodge II, KK (+).

A: Ny.T.R.H G₁P₀A₀AH₀ Uk: 39 minggu 1 hari presentasi kepala KU
ibu baik dengan inpartiu kala I fase aktif memanjang.

P:-Menjelaskan hasil pemeriksaan

- Meminta informed concent pada ibu dan keluarga
- Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain (Dokter) untuk tindakan selanjutnya.
- Pemasangan infus 500cc IV
- Segera bawa ibu ke tempat rujukan dan dampingi ibu.

b. Asuhan Persalinan di RSUD.Prof.W.Z.Yohanes Kupang

1) Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Jumat, 27 April 2018 pukul 10.00 WITA. Data subjektif yang didapatkan yaitu Berdasarkan pengkajian diperoleh nama kepala keluarga adalah Tn.S.G.A , usia 29 tahun, agama kristen protestan, asal Sabu, riwayat pendidikan terakhir S1, pekerjaan tenaga kontrak dengan penghasilan Rp.±1.500.000 dan berdomisili di RT 06/ RW 02 Airnona.

Nama ibu Ny.T.R.H usia 28 tahun, agama kristen protestan, asal Sabu, riwayat pendidikan terakhir S1 dan pekerjaan ibu rumah tangga, nomor Hp 081231001613, alamat RT 06/RW 02 Airnona.

Keluhan utama ibu mengeluh nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah disertai pengeluaran lendir bercampur darah pada pukul 21.00 WITA, Haid pertama kali saat berumur 15 tahun dengan siklus 28 hari, lamanya darah 3-7 hari, sifat darah encer, nyeri haid tidak ada, hari pertama haid terakhir 27-07-2017, tafsiran persalinan 04-05-2018. Ibu mengatakan bahwa sudah menikah sah, lamanya perkawinan 1 tahun, umur saat kawin 28 tahun dan satu kali kawin. Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya, Ibu mengatakan selama hamil pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Kupang Kota.

Pada kehamilan yang sekarang pergerakan anak dirasakan pada usia kandungan 4 bulan, ANC tujuh kali di Puskesmas Kupang Kota. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir sebanyak 10 kali, Ibu mendapatkan Imunisasi TT dua kali yakni TT1 pada tanggal 15 Desember 2017 dan TT2 pada tanggal 02 Februari 2018, pergerakan janin dirasakan ibu pada usia kehamilan 4 bulan, ibu belum pernah melahirkan sebelumnya dan ibu juga belum pernah menggunakan KB.

Ibu tidak pernah menderita penyakit seperti masalah kardiovaskuler, diabetes, hipertensi, malaria, penyakit kelamin, ginjal, asma serta keluarga suaminya tidak pernah menderita penyakit kronis, penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, sifilis, herpes dan lain – lain serta tidak ada keturunan kembar.

Untuk pola makan, ibu biasanya makan nasi, sayur, ikan, telur, tempe, daging dan lain – lain dengan frekuensi makan tiga kali per hari, nafsu makan baik, dan minuman yang dikonsumsi yaitu air putih. Pola eliminasi, BAB dua kali per hari, warna kuning dengan bau khas feses, tidak ada keluhan dan BAK lebih dari dua kali per hari, warna kuning dengan bau khas amoniak dan tidak ada keluhan saat BAK. Pola istirahat, tidur siang satu jam dan tidur malam enam sampai tujuh jam keluhan tidak ada. Kebersihan diri/*personal hygiene*, mandi dua kali per hari, gosok gigi dua kali per hari, ganti pakaian dalam tiga kali per hari atau apabila lembab dan basah, ganti pakaian luar dua kali per hari, ibu sudah melakukan perawatan payudara setiap kali mandi dengan minyak baby oil.

Data objektif yang didapatkan yaitu pada pemeriksaan umum keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah lemah. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital yakni tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 88 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit dan suhu 36,5 °C, berat badan sebelum hamil 42 kg dan BB selama hamil naik menjadi 52 Kg dengan tinggi badan ibu 148,1 cm.

Dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu hasilnya kepala bersih, tidak ada kelainan, tidak ada benjolan, rambut bersih dan tidak rontok, bentuk wajah oval, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum dan tidak ada oedema, mata konjungtiva merah muda,

sklera putih, tidak ada oedema, mukosa bibir lembab, tidak ada caries, tidak ada karang gigi, lidah bersih, telinga simetris, bersih, tidak ada serumen, leher tidak ada kelainan, dada tidak ada kelainan, payudara simetris, bersih dan membesar, ada hyperpigmentasi pada aerola mammae, puting susu menonjol, tidak ada retraksi dumpling, abdomen tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae, tidak ada linea alba, ada linea nigra, ekstremitas simetris, dan tidak ada kelainan, genitalia dan anus tidak dilakukan pemeriksaan. Leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, payudara tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, sudah ada colostrum kiri dan kanan ⁽⁺⁾/₍₊₎.

Pemeriksaan leopold: leopold I TFU 3 jari dibawah prosesus xipioideus pada bagian fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong), leopold II pada perut bagian kanan ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), pada perut bagian kiri ibu teraba bagian – bagian terkecil janin (ekstremitas), leopold III Pada perut bagian bawah ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala), kepala sudah masuk PAP, leopold IV Konvergen, penurunan kepala 4/5. Mc donald TFU 30 cm, TBBJ 2.945 gram, ekstremitas tidak ada oedema, tidak ada varises. Pada pemeriksaan fisik kepada ibu dengan metode auskultasi DJJ (+) terdengar jelas, kuat dan teratur pada titik maksimum di perut ibu

bagian kanan dengan frekuensi 135 ^x/menit. Pemeriksaan dalam vulva/vagina tidak ada kelainan, tidak ada oedema, dan tidak ada varises, portio lunak, pembukaan (Ø) 5 cm, Kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, tidak ada molase dan turun hodge II-III. Pemeriksaan laboratorium Hb 11 gram% dan golongan darah A, HBSAG negatif, Protein urin: + 2.

2) Analisa masalah dan diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif diatas, maka ditegakkan sebuah diagnosa kebidanan yaitu : G₁P₀A₀AH₀ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal hidup intrauteri presentasi kepala, inpartu kala I fase aktif dengan perpanjangan kala dan PEB.

Data subyektif pendukung diagnosa yaitu ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, tidak memiliki anak hidup, hari pertama haid terakhir 27-07-2017, ibu mengatakan nyeri perut yang hebat dari pinggang menjalar ke perut bagian bawah secara terus-menerus.

Data obyektif yang mendukung diagnosa yaitu usia kehamilan 39 minggu sesuai perhitungan HPHT, pada pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital yakni tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 88 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit dan suhu 36,5°C. Leopold I

TFU 3 jari dibawah prosesus xiploideus pada bagian fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II pada perut bagian kanan ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), pada perut bagian kiri ibu teraba bagian – bagian terkecil janin (ekstremitas), Leopold III Pada perut bagian bawah ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul (PAP), Leopold IV Konvergen, penurunan kepala 5/5 . Mc Donald TFU 30 cm, TBBJ 2945 gram, ekstremitas tidak ada oedema, tidak ada varises. Pada pemeriksaan fisik kepada ibu dengan metode auskultasi DJJ (+) terdengar jelas, kuat dan teratur pada titik maksimum perut ibu bagian kanan dengan frekuensi 135 ^x/menit. Pemeriksaan dalam vulva/vagina tidak ada kelainan, tidak ada oedema, dan tidak ada varises, portio lunak, pembukaan (Ø) 5 cm, Kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, tidak ada molase dan turun hodge II-III. Pada pemeriksaan penunjang yang pernah dilakukan adalah protein urin +2, HBSAG negatif, golongan darah A dan hemoglobin 11 gram%,

3) Antisipasi Masalah Potensial

Dari hasil analisa diagnosa dan masalah maka dapat ditegakan antisipasi masalah potensial yang terjadi G₁P₀A₀AH₀ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I fase aktif dengan perpanjangan kala dan PEB keadaan

umum ibu dan janin baik adalah Eklamsi, perdarahan, dan pada janin terjadi gawat janin, kecacatan dan kematian.

4) Tindakan Segera

Tindakan segera yang dilakukan pada G₁P₀A₀AH₀ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, in partu kala I fase aktif dengan perpanjangan kala I fase aktif dan PEB keadaan umum ibu dan janin baik adalah kolaborasi dengan dokter SpOG: drip oksigen dan MgSO₄.

5) Perencanaan

Berdasarkan diagnosa pada G₁P₀A₀AH₀ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, in partu kala I fase aktif dengan perpanjangan kala I fase aktif dan PEB keadaan ibu dan janin baik, maka dibuat perencanaan Asuhan Persalinan pada Rabu, 27 April 2018 pukul 10.00 WITA yaitu Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, rasionalnya Informasi yang diberikan merupakan hak ibu untuk mendapatkan penjelasan oleh tenaga kesehatan yang memberikan asuhan tentang efek-efek potensial langsung maupun tidak langsung atau tindakan yang dilakukan selama kehamilan, persalinan, atau menyusui, sehingga ibu lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, rasionalnya lingkungan yang aman dan nyaman merupakan salah satu tindakan pencegahan infeksi. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum sebelum

persalinan, rasionalnya makanan dan minuman sebagai sumber energi, tenaga dan pengaruh metabolisme dalam darah.

Anjurkan pada ibu untuk berkemih dan tidak boleh menahannya rasionalnya: kandung kemih yang penuh dapat menekan kepala janin dan pemumbakan serviks terhambat. Anjurkan pada ibu untuk tidur miring kiri, rasionalnya tidur miring kiri dapat mengurangi tekanan pada vena kava inferi sehingga oksigen kejanin tidak terhambat dan membantu penurunan kepala janin. Anjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan, rasionalnya mendampingi selama persalinan merupakan salah satu asuhan sayang ibu selama proses persalinan berlangsung. KIE dan penandatanganan informed consent, rasionalnya sebagai bukti tindakan yang dilakukan dan asuhan yang diberikan. Lakukan pemberian MGSO₄ dan drip oxy kolaborasi dengan dokter untuk pemberian oxytocin dan MGSO₄, rasionalnya dilakukan agar adanya kemajuan dalam proses persalinan dan mencegah terjadinya kejang dan kematian. Siapkan alat dan bahan sesuai asuhan, rasionalnya mempermudah dan memperlancar tindakan yang dilakukan sehingga tidak menjadi keterlambatan dalam menolong persalinan. Siapkan perlengkapan ibu dan bayi, rasionalnya perlengkapan ibu dan bayi yang tersedia dapat membantu proses persalinan. Observasi pembukaan serviks, kemajuan persalinan, penurunan kepala dan tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2

jam, DJJ dan kontraksi setiap 30 menit, rasionalnya: observasi merupakan salah satu cara membantu kemajuan persalinan.

6) Pelaksanaan

Berdasarkan diagnosa pada G₁P₀A₀AH₀ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I fase aktif, dengan perpanjangan kala dan PEB keadaan ibu dan janin baik.

Berdasarkan perencanaan yang dibuat maka pelaksanaan yang diberikan pada Rabu, 27 April 2018 pukul 10.00 Wita yaitu: menginformasikan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C, pembuaan 5 cm, keadaan janin baik dengan DJJ 144x/menit. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman seperti menutup pintu untuk menjaga privasi, mengatur posisi ibu, melakukan pencegahan infeksi sehingga ibu merasa nyaman dengan tindakan yang diberikan. Mengajukan kepada ibu untuk makan dan minum sebelum persalinan, mengonsumsi makanan seperti biasa dan juga minum air putih atau tea hangat. Mengajukan kepada ibu untuk berkemih dan tidak menahannya. Mengajukan ibu untuk tidur miring kiri dengan kaki kiri lurus dan kaki kanan di tekuk. Mengajukan keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan untuk membantu mengatur posisi ibu, mendampingi ibu dan memberi makan serta minum. Melakukan

KIE kepada ibu untuk tindakan yang akan dilakukan ibu dan keluarga setuju dan menandatangani informed consent. Melakukan pemberian oxy dan memantau tetesan oksidasi setiap 15 menit dinaikan 4 tetes serta pemberian MgSO₄ secara IM. Menyiapkan alat dan bahan sesuai saff yaitu saff I partus set: bak instrument berisi: klem tali pusat 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomy 1 buah, $\frac{1}{2}$ kocher 1 buah, *handscoon* 2 pasang, kasa secukupnya, tempat berisi obat: oxytocin 2 ampul (10 IU), lidokain 1 ampul (1%), jarum suntik 3 cc dan 5 cc, vitamin K/NEO K 1 ampul, salep mata oxytetracycline 1% 1 tube, bak instrument berisi: Kateter.

Saff II: *heacting* Set: nealfooder 1 buah, gunting benang I buah, *catgut* benang 1 buah, *catgut* cromik ukuran 0,3, *handscoon* 1 pasang, kasa secukupnya, pengisap lendir, tempat plasenta, tempat air klorin 0,5%, tempat sampah tajam, thermometer, stetoskop, tensi meter. Saff III : cairan infuse RL, infuse set dan *abocath*, pakaian bayi, alat pelindung diri (celemek penutup kepala, masker, kaca mata, sepatu *booth*), alat resusitasi. Dan meja resusitasi, lampu sorot 60 watt. Mencatat hasil observasi pada partograf.

7) Evaluasi

Berdasarkan diagnosa pada G₁P₀A₀AH₀ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif dengan partus lama + PEB, keadaan ibu dan janin baik.

Berdasarkan pelaksanaan yang telah dilakukan maka hasil evaluasi yang didapatkan pada Rabu, 27 April 2018 pukul 10.00 WITA yaitu Ibu dan keluarga senang mendengarkan informasi hasil pemeriksaan. Ibu merasa nyaman dan aman dengan lingkungan yang ada. Keluarga sudah memberi ibu makan dan minum. Ibu bersedia untuk berkemih dan tidak menahannya. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan ibu sudah tidur miring kiri. Ibu dan keluarga menerima anjuran yang diberikan serta suami bersedia mendampingi ibu selama proses persalinan berlangsung. Suami telah menandatangani informed consent. pemberian oksigen dan MgSO₄ telah dilakukan. Alat dan bahan sudah disiapkan. Observasi telah dilakukan, partograf telah diisi.

2. Persalinan Kala II

Data Subyektif ibu mengatakan sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah, kencang-kencang semakin sering dan lama serta kuat dan ingin BAB serta ingin meneran.

Data Objektif keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis pada pemeriksaan secara inspeksi ibu tampak kesakitan, perinium menonjol, sulva dan svingter ani membuka, pengeluaran lendir dan

darah. Pukul 14.30 ketuban pecah spontan warna jernih, His semakin kuat 4 x dalam 10 menit dengan durasi > 45 detik, dan pemeriksaan secara auskultasi DJJ (+) terdengar jelas, kuat dan teratur, frekuensi 140 x/menit. pemeriksaan dalam yaitu tak ada kelainan pada vulva/vagina, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban negatif, presentasi kepala, posisi ubun-ubun keci kiri depan, molase tidak ada, kepala turun hodge IV.

Analisa Ny T.R.H G₁P₀A₀H₀ UK 39 minggu 1 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala II dengan PEB, keadaan umum ibu dan janin baik.

Penatalaksanaan Mendengar melihat dan memeriksa tanda gejala kala II, ibu merasa ada dorongan yang kuat untuk meneran, perinium tampak menonjol, anus dan sfingter ani membuka. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menyiapkan ositosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set, memakai celemek. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan dengan sabun, dan air bersih yang mengalir dan keringkan dengan handuk bersih dan kering. Memakai sarung tangan sebelah kanan, mengambil dispo dalam partus set memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntuk dan meletakkan kembali dalam partus set. Memakai sarung tangan bagian kiri dan membersihkan vulva dan perinium, menekannya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan

menggunakan kapas yang dibasahi dengan air DTT. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, vulva/vagina tidak ada kelainan, tidak ada benjolan, tidak ada oedema portio tidak teraba pembukaan 10 cm lengkap, kantong ketuban negatif, presentasi kepala posisi ubun-ubun kecil kiri depan, kepala turun hodge IV. Dekontaminasi sarung tangan didalam larutan klorin 0,5%. Memeriksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus. DJJ terdengar jelas, kuat dan teratur dengan frekuensi 140x/menit. Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, sudah saatnya memasuki persalinan, keadaan ibu dan janin baik. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginan ibu, ibu sudah dalam posisi setengah duduk. Meminta keluarga menyiapkan posisi meneran, ibu didampingi dan dibantu oleh suaminya. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan yang kuat untuk meneran, sudah dilakukan. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali dan kelengkapan lat dan bahan, sudah dilakukan. Mendukung dan memberi semangat, memperbaiki cara meneran, membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihan kecuali terlentang dalam waktu yang lama. Menganjurkan ibu beristirahat serta meminta keluarga memberi ibu minum diantara kontraksi. Menilai DJJ setelah uterus selesai berkontraksi. Meletakkan handuk bersih untuk memngeringkan bayi di perut ibu meletakkan kain

bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Jumat tanggal 27 April 2018 pada pukul 14.40 WITA dan bayi baru lahir spontan presentasi kepala. Melakukan penilaian sepintas pada bayi, bayi langsung menangis, bernapas spontan, dan bergerak aktif. Mengeringkan seluruh tubuh bayi didepan vagina, kecuali bagian telapak tangan bayi tanpa membersihkan verniks caeseosa, kemudian mengganti handuk basah dengan handuk kering yang bersih dalam posisi baayi berada diatas perut ibu.

3. Persalinan kala III

Data subyektif ibu mengatakan setelah bayi lahir perutnya mules, merasa ada pengeluaran darah dari jalan lahir.

Data obyektif bayi lahir spontan pukul 14.40 Wita, jenis kelamin perempuan, langsung menangis, kulit kemerahan, gerak aktif. keadaan umum ibu baik, kesadaran Composments pemeriksaan dengan inspeksi, uterus membulat, semburan darah iba-tiba \pm 30 CC tali pusat memanjang. Pemeriksaan dengan palpasi tinggi fundus uteri setinggi pusat, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong.

Analisa Ny T.R.H P1A₀AH₁ inpartu kala III

Pelaksanaan memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi ke dua, tidak ada bayi ke-2. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin, ibu bersedia disuntik, menyuntikan oksitosin 10 unit secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral. Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pangkal tali pusat (umbilicus

bayi), kemudian dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal dan menjepit klem ke dua dengan jarak 2 cm distal dari klem pertama. Menggunting sambil melindungi pusat bayi di antara dua klem, kemudian menjepit tali pusat dengan umbilikal, melepaskan klem dan masukan ke dalam wadah yang sudah disediakan. Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu, dengan mengusahakan kepala bayi di antara kedua payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu. Memakaikan selimut pada ibu dan bayi dengan kain hangat dan topi pada kepala bayi.

Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva, Sudah dilakukan. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simpisis untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah terjadinya inversio uteri). Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas dan meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar dengan lantai dan kemudian ke arah atas sambil tetap melakukan dorongan dorso kranial. Melahirkan plasenta dengan kedua tangan saat plasenta muncul di introitus vagina. Memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Pada pukul 14.55 Wita plasenta

lahir spontan. Melakukan masase uterus dengan gerakan melingkar lembut hingga uterus berkontraksi dengan baik, uterus teraba keras/berkontraksi dengan baik. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bagian bayi yakni periksa kelengkapan plasenta, plasenta lahir lengkap, selaput utuh, kotiledon lengkap, insersi lateralis, untuk memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Mengevaluasi kemungkinan terjadinya laserasi pada vagina atau perineum, terpantau ada laserasi derajat dua.

4. Persalinan kala IV

Data subyektif Ibu mengatakan merasa legah dan bersyukur karena sudah melewati proses persalinan dengan keadaan selamat, ibu mengatakan perutnya mules serta merasa nyeri pada jalan lahir.

Data obyektif Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Pada pemeriksaan inspeksi, terpantau laserasi pada mukosa vagina dan kulit perineum, badan ibu kotor oleh keringat, darah dan air ketuban. Pada pemeriksaan dengan palpasi tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong.

Analisa Ny. T.R.H P₁A₀AH₁ inpartu kala IV

Pelaksanaan. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam, uterus berkontraksi dengan baik membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit dengan ibunya minimal 1 jam. Menjahit robekan perinium dengan benang daging (Ketut)

dengan teknik jelujur dengan membersihkan sarung tangan dengan larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik kedalam larutan klorin 0,5%, menyiapkan heating set, memposisikan bokong ibu, memasang kain bersih pada bokong ibu, menggunakan sarung tangan membersihkan daerah luka, menilai kembali luas dan dalamnya robekan pada daerah perinium, memasang benang jahit pada mata jarum, melihat dengan jelas batas luka laserasi. Melakukan jahitan pertama gunakan teknik jelujur untuk menjahit lapisan otot, lihat kedalam untuk mengetahui otonya. Setelah dijahit sampai ujung luka, mulai menjahit daerah mukosa vagina dengan menggunakan jahitan subkutikuler. Pindahkan jahitan dari bagian luka perinium kembali ke vagina dengan menggunakan sipul mati dan potong benangnya. Masukkan jarum kedalam rektum kemudian periksa kemblai dan cuci area genitalia lalu kompres dengan kasa betadine. Pada pukul 14.40 WITA. Bayi perempuan, menangis kuat dan atau bernapas spontan, bayi bergerak katif, warna kulit merah muda, lalu mengeringkan segera tubuh bayi dan setelah 2 menit pasca persalinan segera melakukan pemotongan tali pusat dan penjepitan tali pusat, lakukan IMD selama 1 jam. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan halus tanpa membersihkan verniks. Setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Memberikan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu 1 jam, sudah dilakukan.

Melakukan pemeriksaan, penimbangan dan pengukuran bayi dan memberi salep mata pada bayi. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital bayi yakni frekuensi jantung 136x/menit, Suhu 36,8⁰c, pernapasan 48x/menit dan melakukan pengukuran antropometri yaitu berat badan lahir 2.500 gram, panjang badan lahir 45 cm, lingkar kepala 35 cm, lingkar dada 30 cm dan lingkar perut 32 cm. Meletakan kembali bayi pada ibu. Mengajarkan ibu dan keluarga bagaimana cara masase uterus dan menilai kontraksi yaitu dengan meletakan satu tangan di atas fundus, raba apakah uterus teraba keras atau tidak. Jika tidak berkontraksi lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut searah jarum jam sampai teraba uterus berkontraksi atau keras, ibu mengerti dan dapat melakukan masase dengan benar. Melakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih, memeriksa temperature tubuh sudah dilakukan dan memeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik, serta suhu tubuh normal, sudah dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan, setiap 30 menit pada jam ke 2 pasca persalinan, hasil observasi terlampir di partograf. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minum dan makan yang diinginkan ibu. Ibu merasa nyaman, sudah

makan nasi dan sayur dan minum air gula. Melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %, sudah dilakukan. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit, sudah dilakukan. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih, sudah dilakukan. Melengkapi partograf, sudah dilakukan. Mengevaluasi kontraksi dan keadaan umum ibu 15 menit pada jam pertama, tiap 30 pada jam kedua.

4.2.3 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

Pada hari Jumat, 27 April 2018, pukul 15.40 Wita di Ruang bersalin RSUD. Dr. Prof. W. Z, Yohanes berdasarkan pengkajian pada bayi baru lahir normal usia 1 jam, ibu mengatakan bayinya menangis kuat, bergerak aktif, belum BAB, belum BAK dan bayi minum ASI, isapan kuat.

b. Data obyektif

Pemeriksaan umum yakni keadaan umum baik, bayi segera menangis, gerakan aktif, hasil pemeriksaan Antropometri yaitu berat badan lahir 2.500 gram, panjang badan lahir 45 cm, lingkar kepala 35 cm, lingkar dada 30 cm dan lingkar perut 32 cm. frekuensi jantung 136x/menit, Suhu 36,8⁰c, pernapasan

48x/menit. Hasil pemeriksaan fisik kepala tidak ada caput suksedaneum, tidak ada cephal hematoma, tidak ada hidrosefalus. Mata konjungtiva merah muda, sklera putih, refleksi kornea positif, refleksi pupil positif. Hidung tidak ada purulen, tidak ada mucus, tidak ada darah. Telinga bentuk normal, simetris. Mulut tidak ada sianosis, mukosa mulut basah, reflek isap ada. Leher tidak ada fraktur, dada Simetris, tidak ada retraksi. Abdomen tidak ada perdarahan tali pusat, tali pusat segar, tidak ada kembung. Pada genitalia labia dan klitoris tidak ada edema, tidak ada massa, uretra terletak di belakang klitoris, vagina ada, tidak ada kelainan. Ekstremitas normal dan tidak ada kelainan.

Pemeriksaan refleksi morro (+), saat dikejutkan, kedua tangan dan kaki memperlihatkan gerakan seperti merangkul. Rooting(+), saat diberi rangsangan di pinggir mulut bayi langsung menoleh ke arah rangsangan sambil membuka mulutnya. Grasping (+), saat telapak tangan disentuh, bayi menggenggam dengan cepat. Sucking (+), saat diberi minum atau dengan memasukkan jari tangan kita ke dalam mulut bayi, bayi menghisap dengan kuat.

2. Analisa Masalah dan diagnosa

Bayi baru lahir normal usia 1 Jam

Data subyektif pada hari Jumat, 27 April 2018, pukul 15.40 Wita di Ruang bersalin RSUD. Dr. Prof. W. Z, Yohanes berdasarkan pengkajian pada bayi baru lahir normal usia 1 jam, ibu mengatakan bayinya menangis kuat, bergerak aktif, belum BAB, belum BAK dan bayi minum ASI, isapan kuat.

Data obyektif pemeriksaan umum yakni keadaan umum baik, bayi segera menangis, gerakan aktif, hasil pemeriksaan Antropometri yaitu berat badan lahir 2.500 gram, panjang badan lahir 45 cm, lingkar kepala 35 cm, lingkar dada 30 cm dan lingkar perut 32 cm. frekuensi jantung 136x/menit, Suhu 36,8⁰c, pernapasan 48x/menit. Hasil pemeriksaan fisik kepala tidak ada caput suksedaneum, tidak ada cephal hematoma, tidak ada hidrosefalus. Mata konjungtiva merah muda, sklera putih, refleks kornea positif, refleks pupil positif. Hidung tidak ada purulen, tidak ada mucus, tidak ada darah. Telinga bentuk normal, simetris. Mulut tidak ada sianosis, mukosa mulut basah, reflek isap ada. Leher tidak ada fraktus, dada Simetris, tidak ada retraksi. Abdomen tidak ada perdarahan tali pusat, tali pusat segar, tidak ada kembung. Pada genitalia labia dan klitoris tidak ada edema, tidak ada massa, uretra terletak di belakang klitoris, vagina ada, tidak ada kelainan. Ekstrimitas normal dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan refleks morro (+), saat dikejutkan, kedua tangan dan kaki memperlihatkan gerakan seperti merangkul. Rooting(+), saat diberi rangsangan di pinggir mulut bayi langsung

menoleh ke arah rangsangan sambil membuka mulutnya. Grasping (+), saat telapak tangan disentuh, bayi menggenggam dengan cepat. Sucking (+), saat diberi minum atau dengan memasukkan jari tangan kita ke dalam mulut bayi, bayi menghisap dengan kuat.

3. Antisipasi masalah potensial

Tidak ada

4. Tindakan segera

Tidak ada

5. Penatalaksanaan

Pada hari Jumat, 27 April 2018, pukul 15.40 wita di Ruang bersalin RSUD. Dr. Prof. W. Z. Yohanes Kupang, bayi baru lahir normal usia 1 jam, mendapatkan asuhan yaitu memberikan salep mata oxytetracylin 1 % pada mata bayi, bayi sudah diberi salep mata. Menyuntikan vitamin K secara intramuscular pada paha kiri dengan dosis 0,5 mg, vitamin K sudah diberikan. 1 jam kemudian melayani injeksi HBO dengan uniject secara intramuskuler dipaha kanan (pukul 16.40 wita), bayi telah dilayani injeksi HBO dipaha kanan secara intramuskuler. Menjaga kehangatan tubuh bayi agar tidak hipotermi, yaitu dengan mengenakan pakaian, sarung tangan dan kaki, mengenakan topi dan pembungkus bayi, bayi dalam keadaan berpakaian dan terbungkus kain serta mengenakan sarung tangan, sarung kaki dan topi. Melakukan rawat gabung ibu dan bayinya, agar ibu bisa menyusui bayinya, membina hubungan serta

ikatan antara keduanya dan menjaga bayinya, ibu dan bayi telah dirawat gabung. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada sudah pada lembar belakang patograf, buku register dan buku KIA ibu.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN 6-8 JAM

TANGGAL :27 April 2018

PUKUL:21.50 WITA

S :Ibu mengatakan anaknya baik-baik saja, menyusui dengan kuat, sudah BAB 2x dan BAK 1x

O :Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis

Tanda-tanda *vital*:

Suhu:36,8 °C

Nadi:130 x/menit,

Pernapasan:55x/menit

A :NCB-SMK Usia 6 jam

P :

1. Melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital serta memantau asupan bayi. Tujuannya untuk mengetahui kondisi dan keadaan bayi. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, suhu:36,8 °C, nadi:122x/menit, pernapasan : 55x/menit, isapan kuat, BAB 2 kali, BAK 1 kali.

Hasil observasi menunjukkan Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, suhu: 36,8 °C, nadi: 130x/menit, pernapasan: 55 x/menit, isapan kuat, BAB 2kali, BAK 1 kali

2. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin dan On demand serta hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan. Bila bayi tertidur lebih dari 3 jam bangunkan bayinya dengan cara menyentil telapak kakinya. Dan permasalahannya seperti bayi sering menangis, bayi bingung puting susu, bayi dengan BBLR dan prematur, bayi dengan ikterus, bayi dengan bibir sumbing, bayi kembar, bayi sakit, bayi dengan lidah pendek.

Ibu mengerti dan sedang menyusui bayinya

3. Memberitahukan ibu cara merawat tali pusat yang baik dan benar agar ibu dapat melakukannya di rumah yaitu Selalu cuci tangan dengan bersih sebelum bersentuhan dengan bayi, jangan membubuhkan apapun pada tali pusat bayi, biarkan tali pusat bayi terbuka, tidak perlu ditutup dengan kain kasa atau gurita, selalu jaga agar tali pusat selalu kering tidak terkena kotoran bayi atau air kemihnya. Jika tali pusatnya terkena kotoran, segera cuci dengan air bersih dan sabun, lalu bersihkan dan keringkan. Lipat popok atau celana bayi di bawah tali pusat, biarkan tali pusat bayi terlepas dengan alami, jangan pernah mencoba untuk menariknya karena dapat menyebabkan perdarahan, perhatikan tanda-tanda infeksi berikut ini: bernanah,

terciumbau yang tidak sedap, ada pembengkakan di sekitar tali pusatnya.

Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan dapat megulangi penjelasan bidan yaitu tidak menaburkan apapun pada tali pusat bayinya

4. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi, yaitu warna kulit biru atau pucat, muntah yang berlebihan, tali pusat bengkak atau merah, kejang, tidak BAB dalam 24 jam, bayi tidak mau menyusu, BAB encer lebih dari 5x/hari dan anjurkan ibu untuk segera ketempat pelayanan terdekat bila ada tanda-tanda tersebut.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

5. Memberitahu ibu untuk menjaga personal hygiene bayi dengan mengganti pakaian bayi setiap kali basah serta memandikan bayi pagi dan sore.

Ibu mengerti dan pakian bayi telah diganti tetapi bayi belum dimandikan

6. Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang lagi ke Puskesmas untuk memantau kondisi bayinya yaitu kembali pada tanggal 05 Mei 2018.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau datang kembali pada tanggal 05 Mei 2018.

7. Melakukan pendokumentasian

Pendokumentasian sudah pada regeister dan status pasien.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN 7 HARI

TANGGAL : 05 Mei 2018

PUKUL : 09.00 WITA

S :ibu mengatakan bayinya baik-baik saja, menyusui dengan kuat, sudah BAB 1x dan BAK 2x.

O :Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis

Tanda-tanda vital:

1. Suhu :36,7°C
2. Nadi :130 x/menit
3. Pernapasan :52 x/menit
4. Berat badan :2500 gram
5. ASI :Isap kuat

A :NCB-SMK Usia 7 hari

P :

1. Melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital serta memantau asupan bayi. Tujuannya untuk mengetahui kondisi dan keadaan bayi. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, suhu:36,7 °C, nadi:130x/menit, pernapasan: 52x/menit, berat badan 2500 gram, isapan kuat, BAB 1 kali, BAK 2 kali, warna kulit kemerahan, tali pusat mulai mengering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Hasil observasi menunjukkan Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, suhu:

36,7 °C, nadi: 130 x/menit, pernapasan: 52x/menit, isapan kuat, BAB 1 kali, BAK 2 kali dan bayi dalam keadaan sehat.

2. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin dan On demand serta hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan. Bila bayi tertidur lebih dari 3 jam bangunkan bayinya dengan cara menyentil telapak kakinya. Dan permasalahannya seperti bayi sering menangis, bayi bingung puting susu, bayi dengan BBLR dan premature, bayi dengan ikterus, bayi dengan bibir sumbing, bayi kembar, bayi sakit, bayi dengan lidah pendek.

Ibu mengerti dan sedang menyusui bayinya.

3. Memberitahukan ibu cara merawat tali pusat yang baik dan benar agar ibu dapat melakukannya di rumah yaitu Selalu cuci tangan dengan bersih sebelum bersentuhan dengan bayi, jangan membubuhkan apapun pada tali pusat bayi, biarkan tali pusat bayi terbuka, tidak perlu ditutup dengan kain kasa atau gurita, selalu jaga agar tali pusat selalu kering tidak terkena kotoran bayi atau air kemihnya. Jika tali pusatnya terkena kotoran, segera cuci dengan air bersih dan sabun, lalu bersihkan dan keringkan. Lipat popok atau celana bayi di bawah tali pusat, biarkan tali pusat bayi terlepas dengan alami, jangan pernah mencoba untuk menariknya karena dapat menyebabkan perdarahan, perhatikan tanda-tanda infeksi berikut ini: bernanah,

terciumbau yang tidak sedap, ada pembengkakan di sekitar tali pusatnya.

Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan dapat mengulangi penjelasan bidan yaitu tidak menaburkan apapun pada tali pusat bayinya.

4. Menganjurkan kepada ibu untuk mengantarkan bayinya ke puskesmas atau posyandu agar bayinya bisa mendapatkan imunisasi lanjutan semuanya bertujuan untuk mencegah bayi dari penyakit.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau mengantarkan anaknya ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi lanjutan.

5. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi, yaitu warna kulit biru atau pucat, muntah yang berlebihan, tali pusat bengkak atau merah, kejang, tidak BAB dalam 24 jam, bayi tidak mau menyusu, BAB encer lebih dari 5x/hari dan anjurkan ibu untuk segera ke tempat pelayanan terdekat bila ada tanda-tanda tersebut.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

6. Memberitahu ibu untuk menjaga personal hygiene bayi dengan mengganti pakaian bayi setiap kali basah serta memandikan bayi pagi dan sore.

Ibu mengerti dan pakaian bayi telah diganti tetapi bayi belum dimandikan.

7. Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang lagi ke Puskesmas untuk memantau kondisi bayinya yaitu kembali pada tanggal 26 Mei 2018.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau datang kembali pada tanggal 26 Mei 2018.

8. Melakukan pendokumentasian

Pendokumentasian sudah pada regeister dan status pasien.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN 4 MINGGU

TANGGAL : 26 Mei 2018

PUKUL:10.00 WITA

S :Ibu mengatakan bayinya menyusu dengan kuat

O :Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis

Tanda-tanda vital:

1. Suhu :36,8°C

2. Nadi :126 x/menit

3. Pernapasan :52 x/menit

4. ASI :Isap kuat

A :NCB-SMK Usia 4 minggu

P :

1. Melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital serta memantau asupan bayi. Tujuannya untuk mengetahui kondisi dan keadaan bayi. Keadaan umum baik, kesadaran

composmentis, suhu: 36,8 °C, nadi: 126x/menit, pernapasan: 52x/menit, isapan kuat, BAB 1 kali, BAK lebih dari 3 kali.

Hasil observasi menunjukkan Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, suhu: 36,8 °C, nadi: 126 x/menit, pernapasan: 52x/menit, isapan kuat, BAB 1 kali, BAK 2-3 kali.

2. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin dan On demand serta hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan. Bila bayi tertidur lebih dari 3 jam bangunkan bayinya dengan cara menyentil telapak kakinya. Dan permasalahannya seperti bayi sering menangis, bayi bingung puting susu, bayi dengan BBLR dan premature, bayi dengan ikterus, bayi dengan bibir sumbing, bayi kembar, bayi sakit, bayi dengan lidah pendek.

Ibu mengerti dan sedang menyusui bayinya.

3. Menganjurkan kepada ibu untuk mengantarkan bayinya ke puskesmas atau posyandu agar bayinya bisa mendapatkan imunisasi lanjutan semuanya bertujuan untuk mencegah bayi dari penyakit.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau mengantarkan anaknya ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi lanjutan

4. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi, yaitu warna kulit biru atau pucat, muntah yang berlebihan, kejang, tidak BAB dalam 24 jam, bayi tidak mau menyusu, BAB encer lebih dari

5x/hari dan anjurkan ibu untuk segera ketempat pelayanan terdekat bila ada tanda-tanda tersebut.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

5. Memberitahu ibu untuk menjaga personal hygiene bayi dengan mengganti pakaian bayi setiap kali basah serta memandikan bayi pagi dan sore.

Ibu mengerti dan pakaian bayi telah diganti tetapi bayi sudah dimandikan

6. Melakukan pendokumentasian

Pendokumentasian sudah pada regeister dan status pasien.

4.2.4 Asuhan kebidana Nifas

Pada hari Jumat, 27 april 2018, pukul: 17.15 WITA di Ruang Sasando RSUD. Dr. Prof W. Z. Yohanes Kupang. Data subyektif ibu senang bayinya sudah lahir dengan selamat dan sehat, perutnya masih terasa mulas dan masih lemas serta rasa nyeri pada luka jahit ibu, mengatakan belum BAK dan belum BAB, ibu sudah bisa miring kanan kiri secara perlahan dan sudah bisa duduk tetapi bersandar, ibu mengatakan ingin menyusui bayinya. Data obyektif hasil pemeriksaan yang didapatkan yaitu keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital ibu dalam batas normal yaitu Tekanan Darah 140/80 mmHg, Nadi 82x/menit, Suhu 36,6°C, dan Pernapasan 20x/menit. Pada pemeriksaan fisik putting susu menonjol, areola menghitam, colostrum sudah keluar,

pada palpasi abdomen kontraksi baik, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong sedangkan pada daerah genitalia ada pengeluaran pervaginam lochea rubra (berwarna merah kehitaman), darah \pm 1 pembalut, kondisi luka jahitan sudah kering, ibu sudah dapat menyusui bayinya dengan baik.

Analisa Ny. T.R.H P₁A₁AH₁ Postpartum Normal 2 jam.

Penatalaksanaan menginformasikan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital ibu dalam batas normal yaitu Tekanan Darah 110/80 mmhg, Nadi 82x/menit, Suhu 36,8° C, Pernapasan 20x/menit. Pengeluaran pervaginam lochea rubra (berwarna merah kehitaman), darah \pm 1 pembalut, kondisi luka jahitan sudah kering, ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan. Menjelaskan tentang keluhan yang dialami ibu yaitu mules setelah bersalin adalah hal normal karena perut mulas merupakan salah satu ketidaknyamanan fisiologis yang dialami setiap ibu nifas yang disebabkan oleh kontraksi rahim, kontraksi rahim tersebut dapat mencegah terjadinya perdarahan, kontraksi rahim atau mules-mules yang disarankan ibu adalah suatu proses pengambilan bentuk rahim ke bentuk semula sebelum hamil, ibu mengerti dengan penjelasan dan merasa senang karena masih normal. Memberitahukan ibu tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu demam tinggi, perdarahan banyak, atau berbau busuk dari vagina, pusing

dan anjurkan untuk segera menyamaiakn kepada petugas kesehatan jika mendapati tanda-tanda bahaya tersebut, ibu mengerti dan mengetahui tentang tanda-tanda bahaya masa nifas. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk melakukan masase pada fundus uteri untuk mencegah terjadinya perdarahan berlanjut, ibu dan keluarga bersedia mengikuti cara yang diajarkan. Mengajarkan kepada ibu posisi yang benar saat menyusui seperti ibu berbaring miring, bayi harus di hadapkan kearah badan ibu dan mulut bayi dihadapkan ke putting susu ibu, bayi sebaiknya ditopang pada bahunya sehingga posisi kepaan yang agak tengadah dan dapat di perhatikan posisi bibir bawah paling sedikit 1,5 cm dari pangkal puting susu, ibu mengerti dan memahami posis menyusui yang benar dan mau melakukannya. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin, setiap 2-3 jam dan hanya memberikan ASI saja (ASI eksklusif) selama 6 bulan karena ASI mengandung zat gizi yang penting untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi dan memberikan perlindungan terhadap infeksi. Bayi harus diberi ASI setiap 2-3 jam atau 10-12 kali dalam 24 jam dengan lamanya 10-15 menit pada setiap payudara dan selama 0-6 bulan bayi cukup diberi ASI saja tanpa makanan tambahan, ibu mengerti dan memahami tentang penjelasan yang di berikan dan bersedia untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi nya.

Menjelaskan pada ibu pentingnya mengkonsumsi makanan yang bergizi dan minum yang teratur untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya yaitu dengan mengonsumsi nasi, lauk-pauk yang berprotein tinggi seperti telur, tempe, tahu, ikan, daging dan lain-lain untuk mempercepat proses penyembuhan luka jahitan, serta mengonsumsi buah-buahan dan sayuran yang kaya akan antioksidan, gizi dan serat seperti bayam, wortel, daun katup, pisang, pepaya, jeruk, apel, dan lain-lain, dan minum susu untuk ibu menyusui agar ASI ibu lancar dan kebutuhan nutrisi ibu dan bayi dapat terpenuhi, ibu mengerti dan mengatakan sudah melakukannya, ibu makan 2 kali porsi sedang dan dihabiskan. Jenis makanan nasi, sayur kelor, tempe dan daging dan buah apel serta minum 1 gelas susu. Menjelaskan pada ibu untuk minum obat secara teratur yaitu vitamin A dosis 200.000 IU yang bulat besar yang berwarna merah diminum. Pada hari ini jam 17.15 Wita 1 kapsul/hari dan satu kapsulnya besok di jam yang sama, vitamin C 3x1 sedangkan amoxicillin 3x1 tablet/hari. Obat tidak diminum dengan teh, kopi, maupun susu karena dapat mengganggu proses penyerapan, ibu sudah minum obat yang diberikan setelah makan dan mengerti dengan penjelasan yang diberikan tentang aturan minum obat sesuai dosis yang diberikan.

Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu ibu tidur atau istirahat saat bayinya tidur, kurang istirahat dapat

menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi, Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu mau istirahat. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada status ibu atau buku register, pendokumentasian sudah dilakukan pada buku register, status pasien dan buku KIA.

CATATAN PERKEMBANGAN MASA NIFAS HARI KE 1

Hari/tanggal : Sabtu, 28 April 2018

Jam : 09.00 WITA

Tempat : Ruang Sasando RSUD. Dr. Prof W.Z. Yohanes

S :Ibu mengatakan masih merasa mules

O :Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital: tekanan darah:140/70 mmHg, nadi:80x/menit, suhu:36,6°C, pernapasan:22x/menit, puting susu menonjol, colostrums (+), tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea rubra.

A :P₂A₀AH₂ Post Partum Normal 1 hari

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu yaitu keadaan umum baik, TTV: TD:100/70 mmHg, nadi:80x/menit, pernapasan: 20x/menit.

Ibu senang dengan hasil pemeriksaan.

2. Memantau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus dan pengeluaran pervaginam.

Tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran pervaginam lochea rubra

3. Memberitahu kepada ibu bahwa mules yang dirasakan merupakan hal yang fisiologis akibat otot-otot rahim mengecil kembali seperti semula.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

4. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang seperti : nasi, sayuran hijau, ikan, telur, tahu, tempe, daging, buah-buahan dan lain-lain, yang bermanfaat untuk menambah stamina ibu dan mempercepat proses penyembuhan.

Ibu mengerti dan akan makan makanan yang mengandung nilai gizi seperti nasi, sayur-sayuran dan lauk pauk.

5. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan hanya memberikan ASI selama 6 bulan pertama tanpa memberikan makanan tambahan.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau mengikuti.

6. Menjelaskan kepada ibu tentang personal hygiene seperti mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan

perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia. Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi yang mungkin terjadi pada ibu nifas serta meningkatkan perasaan nyaman untuk ibu. Ibu mengerti dengan penjelasan yaitu akan menjaga kebersihan dirinya seperti mengganti pembalut bila ibu merasa tidak nyaman lagi.

7. Mengajarkan ibu cara merawat payudaranya yaitu sebelum menyusui ibu terlebih dahulu membersihkan payudara dengan baby oil, lalu melakukan pijatan lembut secara memutar kearah puting susu, kemudian mengompresnya dengan air hangat selama 3 menit, air dingin, air hangat 3 menit, lalu bersihkan dan keringkan dengan kain bersih.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu berjanji sebelum memberikan ASI kepada bayinya ibu terlebih dahulu membersihkan payudarnya.

8. Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu tidur siang 1-2 jam/hari dan tidur malam 7-8 jam/hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain: anjurkan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan, ibu tidur siang atau istirahat saat bayinya tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI

berkurang, memperlambat proses involusi uteri, menyebabkan depresi dan ketidak mampuan dalam merawat bayi.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan ibu mau istirahat di rumah jika bayinya sedang tidur.

9. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada status ibu atau buku register.

Pendokumentasian sudah dilakukan pada buku register, status pasien dan buku KIA.

CATATAN PERKEMBANGAN MASA NIFAS HARI KE 7

Hari/tanggal : Sabtu, 05 Mei 2018

Jam : 10.00 WITA

Tempat : Puskesmas Kupang Kota

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

O : Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital: tekanan darah:110/80 mmHg, nadi:82x/menit, suhu:36,8°C, pernapasan: 18x/menit, puting susu menonjol, tinggi fundus uteri pertengahan symphysis pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea sanguinolenta.

A : P₁A₀AH₁, Post Partum Normal Hari Ke-7

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu yaitu keadaan umum baik, TTV: TD:140/80 mmHg, nadi:80x/menit,suhu:36,8°C, pernapasan: 18x/menit.

Ibu senang dengan hasil pemeriksaan.

2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang seperti: nasi, sayuran hijau, ikan, telur, tahu, tempe, daging, buah-buahan dan lain-lain, yang bermanfaat untuk menambah stamina ibu dan mempercepat proses penyembuhan.

Ibu mengerti dan akan makan makanan yang mengandung nilai gizi seperti nasi, sayur-sayuran dan lauk pauk.

3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan hanya memberikan ASI selama 6 bulan pertama tanpa memberikan makanan tambahan.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau mengikuti

4. Menjelaskan kepada ibu tentang personal hygiene seperti mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia. Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi yang

mungkin terjadi pada ibu nifas serta meningkatkan perasaan nyaman untuk ibu. Ibu mengerti dengan penjelasan yaitu akan menjaga kebersihan dirinya seperti mengganti pembalut bila ibu merasa tidak nyaman lagi.

5. Menganjurkan ibu untuk melakukan senam nifas, Tujuan senam nifas adalah membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses involusi uteri, membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan kelahiran dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas. Manfaat senam nifas antara lain: membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dengan pengung pascapalin, memperbaiki dan memperkuat otot panggul, membantu ibu lebih rileks dan segar pascapersalinan.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau melakukan senam nifas di rumah.

6. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu tidur siang 1-2 jam/hari dan tidur malam 7-8 jam/hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain: anjurkan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan, ibu tidur siang atau istirahat

saat bayinya tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, menyebabkan depresi dan ketidak mampuan dalam merawat bayi.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan ibu mau istirahat di rumah jika bayinya sedang tidur.

7. Menganjurkan kepada ibu untuk datang kembali pada tanggal 17 juni 2017 untuk melakukan kontrol ulang.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau datang kemabali pada tanggal 17 juni 2017.

8. Dokumentasikan hasil pemeriksaan pada status ibu atau buku register.

Pendokumentasian sudah dilakukan pada buku register, status pasien dan buku KIA.

CATATAN PERKEMBANGAN MASA NIFAS HARI KE-29

Hari/tanggal : Sabtu, 26 Mei 2018

Jam : 09.00 WITA

Tempat :Rumah Ny. T.R.H

S :Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O :Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital: tekanan darah:110/80 mmHg, nadi:80x/menit, suhu:36,6°C,

pernapasan: 20x/menit, puting susu menonjol, TFU tidak teraba, tidak pengeluaran darah.

A : P₁A₀AH₁, Post Partum Normal Hari Ke 29

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu yaitu keadaan umum baik, TTV: TD:120/80 mmHg, nadi:80x/menit,suhu:36,6°C, pernapasan:20x/menit.

2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang

seperti:nasi, sayuran hijau, ikan, telur, tahu, tempe, daging, buah-buahan dan lain-lain, yang bermanfaat untuk menambah stamina ibu dan mempercepat proses penyembuhan.

Ibu mengerti dan akan makan makanan yang mengandung nilai gizi seperti nasi, sayur-sayuran dan lauk pauk.

3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan hanya memberikan ASI selama 6 bulan pertama tanpa memberikan makanan tambahan.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau mengikuti

4. Menjelaskan kepada ibu tentang program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu serta

memberikan kesempatan kepada ibu untuk merawat dan menjaga diri.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan setelah 40 hari ibu mau menggunakan KB Implant.

5. Menjelaskan kepada ibu tentang personal hygiene seperti mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genetalia. Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi yang mungkin terjadi pada ibu nifas serta meningkatkan perasaan nyaman untuk ibu.

Ibu mengerti dengan penjelasan yaitu akan menjaga kebersihan dirinya seperti mengganti pembalut bila ibu merasa tidak nyaman lagi.

6. Menganjurkan kepada ibu untuk datang kembali pada tanggal 06 Juni 2018 untuk melakukan kontrol ulang dan juga untuk pemasangan KB Implant.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau datang kemabali pada tanggal 06 Juni 2018.

7. Dokumentasikan hasil pemeriksaan pada status ibu atau buku register.

Pendokumentasian sudah dilakukan pada buku register, status pasien dan buku KIA.

4.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Tanggal : Rabu, 06 juni 2018

Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Puskesmas Kupang Kota

S: Ibu mengatakan saat ini belum mendapat haid, ibu masih menyusui bayinya setiap 2-3 jam sekali atau tiap bayi ingin, bayi hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman lain, ibu belum pernah menggunakan KB sebelumnya.

O: Keadaan umum: Baik.

Kesadaran: compos mentis.

TTV: Suhu 37°C.

Nadi: 82 x/menit.

Tekanan darah: 140/80 mmHg.

Pernapasan: 18 x/menit.

Mata: konjungtiva merah muda, sklera putih.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe maupun tyroid, tidak ada pembengkakan vena jugularis.

Payudara: simetris, putting susu bersih dan menonjol, aerola kehitaman, asi lancar, tidak ada massa.

Abdomen: TFU tidak teraba, tidak ada bekas luka operasi, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstremitas: simetris, tidak ada oedem.

Genitalia : tidak dilakukan pemeriksaan.

A: P1A0AH1 akseptor kontrasepsi MAL.

P:

1. Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan. Ibu mengerti dan senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Memotivasi ibu untuk menggunakan alat kontrasepsi agar ibu dapat mengatur jarak kehamilan. Ibu mengerti dan ingin mengetahui lebih lanjut mengenai berbagai macam kontrasepsi.
3. Menjelaskan secara garis besar mengenai berbagai macam alat kontrasepsi pada ibu seperti:
 - a. Metode amenorhea laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun. Keuntungan: tanpa biaya, tidak perlu obat atau alat, sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, mengurangi perdarahan pasca persalinan. Kerugian perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan,

mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social, tidak melindungi terhadap IMS termasuk kontrasepsi B/ HBV dan HIV/ AIDS.

b. AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif. Keuntungannya metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CUT-380A dan tidak perlu diganti), tidak ada efek samping hormonal dengan Cu. AKDR (CuT 380 A), tidak mempengaruhi kualitas ASI. Kerugian perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi.

c. Implan adalah salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas. Keuntungan dapat digunakan untuk jangka waktu yang panjang 5 tahun dan bersifat reversible, efek kontraseptif akan berakhir setelah implannya dikeluarkan. Kerugian sering timbul perubahan pola haid.

d. Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintesis progesterone. Keuntungan tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI, bisa mengurangi perdarahan

haid. Kerugian Sedikit pertambahan atau pengurangan berat badan bisa terjadi, harus diminum pada waktu yang sama setiap hari.

4. Menjelaskan kontrasepsi MAL secara menyeluruh kepada ibu.

a. Pengertian

Metode amenorhea laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun.

b. Cara kerja

Efek kontrasepsi pada ibu menyusui menyatakan bahwa rangsangan syaraf dari puting susu diteruskan ke Hypothalamus, mempunyai efek merangsang pelepasan beta endropin yang akan menekan sekresi hormon gonadotropin oleh hypothalamus. Akibatnya adalah penurunan sekresi dari hormon Luteinizing Hormon (LH) yang menyebabkan kegagalan ovulasi.

c. Keuntungan

1) Keuntungan kontrasepsi

a) Segera efektif.

b) Tidak mengganggu senggama.

c) Tidak ada efek samping secara sistemik.

d) Tidak perlu pengawasan medis.

e) Tidak perlu obat atau alat.

f) Tanpa biaya.

2) Keuntungan non kontrasepsi

Untuk bayi :

a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI).

b) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.

c) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai Untuk Ibu :

(1) Mengurangi perdarahan pasca persalinan.

(2) Mengurangi resiko anemia.

(3) Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

d. Kerugian

1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.

2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social.

3) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk kontrasepsi B/ HBV dan HIV/ AIDS.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu ingin memakai kontrasepsi MAL selama menyusui.

5. Mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan pada lembar observasi. Semua hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

4.3 Pembahasan

Dalam bagian ini penulis akan membahas mengenai asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. T.R.H dengan usia kehamilan 36-37 minggu di Puskesmas Kupang Kota dengan menggunakan manajemen kebidanan Varney dan pendokumentasian SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisis, dan Penatalaksanaan), sehingga pada pembahasan ini penulis akan membandingkan antara fakta dan teori yang ada selama melakukan asuhan kebidanan pada Ny. T.R.H, sebagai berikut :

4.3.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan

Tanggal 13 April 2018, penulis bertemu dengan ibu hamil trimester III yaitu Ny. T.R. H dengan usia kehamilan 37 minggu 1 hari dan telah dilakukan pendekatan sehingga ibu setuju dijadikan subyek untuk pengambilan studi kasus.

1. Pengkajian

Langkah pertama yaitu pengumpulan data dasar, penulis memperoleh data dengan mengkaji secara lengkap informasi dari klien. Informasi ini mencakup riwayat hidup, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan. Data pengkajian dibagi atas data subyektif dan data obyektif. Data subyektif adalah data yang diperoleh langsung dari klien dan keluarga

sedangkan data obyektif adalah data yang diperoleh berdasarkan hasil pemeriksaan (Manuaba, 2010).

Kasus ini didapatkan biodata Ny. T.R.H umur 28 tahun, pendidikan S1, pekerjaan ibu rumah tangga dan suami Tn. S.G umur 28 tahun, pendidikan S1, bekerja sebagai tenaga kontrak. Menurut teori (Ambarwati, 2011) umur dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun dimana alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap, sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali terjadi perdarahan. Suku/bangsa berpengaruh terhadap adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari. Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat pengetahuannya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan tingkat pendidikannya, pekerjaan guna mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga berpengaruh terhadap gizi pasien. Biodata yang diperoleh tidak ada data yang berpengaruh negatif terhadap kehamilan karena data yang diperoleh sesuai dengan teori, dan juga dari segi suku/bangsa yang tidak menganut budaya yang dapat berpengaruh buruk terhadap kehamilan ibu dan kesehatan ibu.

Kunjungan ANC di Puskesmas Kupang Kota tanggal 13 April 2018, Ny. T.R.H mengatakan hamil anak pertama dan usia kehamilannya 9 bulan, dimana perhitungan usia kehamilan

dikaitkan dengan HPHT tanggal 27 Juli 2017, didapatkan usia kehamilan ibu 37 minggu 1 hari hal ini sesuai dengan teori menurut (Nugroho, dkk 2014) yang menyatakan bahwa cara menghitung usia kehamilan dilakukan dengan cara menghitung hari berdasarkan HPHT. Ibu juga mengatakan sudah memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Kupang Kota sebanyak 7 kali, trimester I ibu melakukan pemeriksaan kehamilannya sebanyak 1 kali dan pada trimester kedua 2 kali serta trimester ketiga sebanyak 4 kali. Teori menurut (Walyani, 2015), ibu hamil minimal melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 4 kali, yaitu satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester II (usia kehamilan 13-27 minggu), dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu).

Sebelum minggu ke 13 pada trimester I, 1 kali kunjungan pada trimester kedua antara 14 sampai 28 minggu, dua kali kunjungan pada trimester III antara minggu ke 28 sampai 36 dan sesudah minggu ke 36. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan karena ibu melakukan kunjungan sesuai dengan standar minimal pemeriksaan kehamilan (Saifudin, 2011). Ibu mengatakan sudah mendapat imunisasi TT1 dan TT2 pada Desember 2017 dan Januari 2018, dalam teori (Marmi, 2011) imunisasi TT harus diberikan pada wanita hamil untuk mencegah kemungkinan tetanus neonatorum. Pemeriksaan kehamilan berdasarkan

standar pelayanan antenatal 10 T yaitu timbang berat badan dan tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid, beri tablet tambah darah (tablet besi), periksa laboratorium (Hb, DDR, Protein Urine), temu wicara atau konseling, serta tatalaksana kasus. Kasus ini Ny.T.R.H sudah memperoleh pelayanan ANC yang sesuai standar.

Setelah semua data subyektif diperoleh, penulis melanjutkan pengumpulan data obyektif dengan melakukan pemeriksaan pada klien (Manuaba, 2010). Hasil pemeriksaan diperoleh data obyektif yaitu tanda-tanda vital tidak ditemukan kelainan semuanya dalam batas normal yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,8 °C, nadi 82 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, berat badan Ny.T.R.H sebelum hamil 42 Kg dan berat badan saat ini 52 Kg. Kenaikan berat badan Ny.T.R.H selama kehamilan sebanyak 10 kg, menurut (Prawirohardjo, 2010) Ny.T.RH mengalami kenaikan berat badan dalam batas normal sesuai dengan standar kenaikan berat badan yang dibutuhkan selama kehamilan 6,5-16,5 kg.

Hasil palpasi abdominal Leopold I : tinggi fundus uteri 3 jari dibawah processus xyphoideus, dan TFU menurut Mc. Donald 32

cm, pada fundus teraba bagian lunak, kurang bundar dan kurang melenting (bokong), (Walyani, 2015) tujuan Leopold I untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan apa yang berada dalam fundus dan mengukur TFU dari simfisis untuk menentukan usia kehamilan dengan menggunakan pita Cm (>12 minggu) atau cara Mc. Donald dengan pita cm usia kehamilan (>22 minggu), Leopold II pada dinding perut bagian kiri teraba bagian keras, memanjang dan datar seperti papan (punggung) (Walyani, 2015). Leopold II untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin teraba di sebelah kiri atau kanan. Leopold III pada segmen bawah rahim, teraba bulat dan keras dan melenting (kepala), sudah masuk PAP, (Walyani, 2015). Leopold III untuk menentukan apa yang ada di bagian terendah janin dan sudah masuk PAP atau belum, dan Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul atau konvergen. Auskultasi denyut jantung janin 136 kali/menit, dan teori yang dikemukakan (Walyani, 2015) bawah denyut jantung janin yang normal antara 120 hingga 160 kali/menit.

Kunjungan ANC pertama kali Ny.T.R.H telah melakukan pemeriksaan Hb dan hasilnya 10,5 gram persen dan pada trimester III dilakukan pemeriksaan Hb hasilnya 11 gram persen. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya

angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Selama kehamilan, indikasi anemia adalah jika konsentrasi hemoglobin kurang dari 10,5-11 gram persen. Anemia ringan adalah dimana kadar hemoglobin berkisar antara 9-10 gram persen. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk abortus, terjadi kematian intrauterin, persalinan prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran dengan anemia. Hal ini berarti terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan (Manuaba, 2012).

Catatan perkembangan kehamilan kasus Ny.T.R.H setelah dilakukan sebanyak 2 kali didapatkan hasil keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, dan tanda-tanda vital dalam keadaan normal. Dilakukan pemeriksaan Haemoglobin untuk mengetahui kadar sel darah merah pada ibu hamil yang dimana menurut WHO kadar Hb normal pada ibu hamil adalah 11 gram persen, dan pada hasil yang didapatkan dari pemeriksaan Hb ibu pada kunjungan TM III adalah 11 gr%. Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan kehamilannya, ibu bersedia untuk melakukan anjuran yang diberikan, obat telah diberikan dan ibu bersedia untuk minum sesuai anjuran yang diberikan. Dilakukan juga promosi tentang-tentang tanda persalinan, personal hygiene, persiapan persalinan dan tindakan yang harus dilakukan oleh keluarga dalam menghadapi kegawatdaruratan serta

menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan satu minggu kemudian, hal tersebut sesuai dengan teori dalam buku Asuhan Persalinan Normal (2010) tentang kebutuhan ibu hamil trimester III dalam menghadapi persalinan.

2. Analisa Masalah dan Diagnosa

Langkah kedua yaitu diagnosa dan masalah, pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah yang benar terhadap diagnosa dan masalah serta kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data dari hasil anamnesa yang dikumpulkan. Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditentukan masalah atau diagnosa yang spesifik (Manuaba, 2010). Berdasarkan data subyektif dan obyektif yang telah dikaji dan diperiksa penulis menegaskan diagnosa pada Ny.T.R.H yaitu ibu G1P0A0AH0 Usia Kehamilan 37 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, presentasi kepala, keadaan umum ibu dan janin baik. Diagnosa yang ditegakkan berdasarkan perumusan diagnosa kebidanan 9 ikhtsar Pusdiknakes, 3 digit varney, nomenklatur kebidanan dan diagnosa medis.

3. Identifikasi masalah potensial

Langkah ketiga ini yaitu identifikasi diagnosa masalah dan masalah potensial. Berdasarkan rangkaian seperti membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan dan penting sekali melakukan asuhan yang aman. Penulis menemukan tidak

adanya masalah potensial karena keluhan atau masalah tetap (Saifuddin, 2011).

4. Tindakan segera

Langkah keempat yaitu tindakan segera, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, berdasarkan kondisi klien (Manuaba, 2010). Penulis tidak menuliskan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

5. Perencanaan tindakan

Langkah kelima yaitu perencanaan tindakan, asuhan ditentukan berdasarkan langkah sebelumnya yang merupakan kelanjutan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi. Penulis membuat perencanaan yang dibuat berdasarkan diagnosa dan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

Perencanaan yang dibuat yaitu memberikan penjelasan mengenai hasil pemeriksaan dimana informasi merupakan hak ibu, sehingga ibu lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan, memberikan imunisasi TT dan vitamin A serta manfaat pemberian tablet tambah darah yang mengandung 250 mg sulfat ferrous

dan asam folat untuk menambah zat besi dan kadar haemoglobin dalam darah, vitamin C 50 mg yang berfungsi membantu penyerapan tablet Fe dan kalsium 1200 mg berfungsi untuk membantu pertumbuhan tulang dan gigi janin (Romauli, 2011), konseling dan edukasi mengenai kebutuhan pada kehamilan trimester III berupa nutrisi, aktivitas ringan, istirahat, kebersihan diri, pemberian ASI, KB pasca salin, menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III, dan persiapan persalinan, tentang tanda-tanda persalinan, kegawat-daruratan serta kunjungan ulang 1 minggu, kunjungan ulang pada trimester III dilakukan setiap 1 minggu (Walyani, 2015), serta dokumentasi hasil pemeriksaan mempermudah dalam pemberian pelayanan antenatal selanjutnya. Hal ini sesuai dengan teori menurut Kemenkes 938 tahun 2007 tentang kriteria perencanaan.

6. Pelaksanaan

Langkah keenam yaitu pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau tim kesehatan lainnya. Pelaksanaan yang dilakukan dan dilaksanakan secara efisien dan aman sesuai dengan langkah lima. Penulis telah melakukan pelaksanaan sesuai dengan rencana asuhan yang sudah dibuat. Kasus Ny.T.R.H penulis tidak memberikan imunisasi TT sesuai

dengan rencana karena ini merupakan kehamilan trimester III. Menurut (Walyani, 2015) ibu hamil harus mendapat imunisasi TT pada saat kontak awal dengan pertama atau kontak awal. Pelaksanaan yang telah dilakukan meliputi mengajurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi tablet tambah darah dan vitamin C setiap hari secara teratur dan sebaiknya diminum pada malam hari serta jangan diminum bersamaan dengan kopi ataupun teh karena akan mengganggu proses penyerapan. Tentang hasil pemeriksaan pada ibu, menganjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, dengan cara mengurangi porsi karbohidrat (nasi, jagung dan ubi), dan meningkatkan porsi protein (daging, ikan, telur, tempe, tahu dan kacang-kacangan), sayur-sayuran, buah-buahan air putih (6-8 gelas/hari) dan susu.

Memberitahukan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum makan, setelah buang besar dan buang air kecil, menyikat gigi secara teratur setelah sarapan dan sebelum tidur, membersihkan payudara dengan menggunakan minyak atau minya baby oil dengan kapas pada bagian puting susu setiap 2 kali seminggu, membersihkan alat kelamin setelah buang kecil dan besar dengan cara mencebok dari arah depan kebelakang, mengganti pakian dalam setiap 2 kali/hari dan jika terasa lembab.

Menganjurkan ibu untuk mempertahankan pola istirahat dan tidur secara teratur serta pekerjaan berat yang melalahkan dengan cara tidur malam kurang lebih 8 jam/hari, tidur siang /istirahat kurang lebih 1 jam/hari untuk mencegah kelelahan otot, menganjurkan ibu untuk aktivitas dan latihan fisik dengan berolahraga ringan seperti jalan pada pagi dan sore hari serta melakukan aktivitas-aktivitas rumah tangga yang ringan seperti menyapu rumah dan mengepel rumah agar dapat memperlancar proses peredaran darah dan membantu persiapan otot saat persalinan nanti.

Menginformasikan kepada ibu tentang persiapan persalinan yang dimulai dari persiapan pasien sendiri, tempat persalinan, penolong saat persalinan, pengambil keputusan dalam kondisi darurat, dan perlengkapan lainnya yang perlu di bawa pada saat persalinan seperti pakian pakian ibu dan bayi, menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti rasa sakit yang menjalar dari pinggang menjalar ke perut bagian bawah, rasa mules pada perut yang teratur timbulnya semakin sering dan semakin lama, adanya pengeluaran lendir darah dari jalan lahir dan atau adanya pengeluaran cairan ketuban dari jalan lahir, menganjurkan kepada ibu untuk segera ke fasilitas kesehatan dan menghubungi penulis apabila sudah ada tanda-tanda persalinan. Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya

kehamilan trimester III seperti perdarahan melalui jalan lahir, sakit kepala yang hebat, menatap dan tidak hilang dengan istirahat, perubahan pengelihatannya secara tiba-tiba, bengkak pada wajah dan jari-jari tangan, nyeri perut hebat dan gerakan janin yang menghilang. Menjadwalkan kunjungan ulang dan menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal yang ditetapkan yaitu pada tanggal 20 Mei 2018 dan memberitahukan pada ibu bahwa pada tanggal 18 April 2018 akan dilakukan kunjungan ke rumah ibu. Mendokumentasikan pelayanan yang telah diberikan pada buku kesehatan ibu dan anak (KIA).

7. Evaluasi

Langkah ketujuh yaitu evaluasi, dilakukan penilaian keefektifan dari asuhan yang diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosa atau masalah yang diidentifikasi. Cara untuk mengetahui keefektifan asuhan yang telah diberikan yaitu pasien dapat dites dengan meminta atau mengulang kembali penjelasan yang telah diberikan, dalam kasus ini Ny.T.R.H sudah mengerti dan dapat mengulangi penjelasan serta melaksanakan apa yang dianjurkan (Manuaba, 2010).

Hasil evaluasi yang didapatkan penulis mengenai penjelasan dan anjuran yang diberikan adalah bahwa Ny.T.R.H merasa senang dengan informasi yang diberikan, mengetahui dan

memahami tentang ketidaknyamanan yang dirasakan dan cara mengatasinya, menjadi lebih paham tentang persiapan untuk persalinannya nanti, tanda-tanda persalinan, tanda bahaya kehamilan trimester III, konsumsi makanan bergizi, manfaat dan cara minum obat, menjaga kebersihan diri, istirahat teratur, aktivitas fisik yang dapat dilakukan, bersedia datang kembali dan bersedia dikunjungi di rumahnya sesuai tanggal, serta semua hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

4.3.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Kala I

Dari data subjektif yang didapatkan dari Ny.T.R.H beliau mengatakan bahwa beliau datang ke Puskesmas Bakunase pada 27 April 2018 pukul 01.15 WITA mengatakan merasa sakit pada bagian pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 21.00 WITA, dan saat ini Ny.T.R.H mengatakan usia kehamilannya 39 minggu 1 hari. Menurut (Marmi, 2012) nyeri pada pinggang dan keluar lendir bercampur darah merupakan tanda-tanda persalinan. Menurut (Hidayat, 2010) dimana tanda-tanda persalinan adanya perubahan serviks, ketuban pecah, keluar lendir bercampur darah, dan gangguan pada saluran pencernaan, usia kehamilan sudah masuk aterm untuk melahirkan sesuai teori yang dikemukakan oleh (Marmi, 2012) bahwa usia kehamilan cukup bulan adalah usia

kehamilan 39 minggu. Usia kehamilan dan keluhan yang dialami Ny.T.R.H semuanya merupakan hal normal dan fisiologis karena ibu sudah memasuki proses persalinan. Dari data subjektif yang didapatkan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Kemudian dilakukan pemeriksaan untuk mendapatkan data objektif dimana data objektif didapatkan dari pemeriksaan fisik yang termasuk didalamnya adalah pemeriksaan tanda-tanda vital dan juga dilakukan pemeriksaan dalam pada pasien untuk mengetahui kemajuan persalinan. Pemeriksaan tanda-tanda vital tidak ditemukan kelainan, semuanya dalam batas normal yaitu tekanan darah 140/80 mmHg, suhu 36,6°C, nadi 84 x/menit, pernapasan 21 x/menit, his 2 kali dalam 10 menit lamanya 25-30 detik, DJJ 144 kali/menit, kandung kemih kosong, pada pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil normal yaitu teraba punggung terletak disebelah kiri. Kemudian dilakukan pemeriksaan dalam yang dilakukan pukul 01.30 WITA, tidak ditemukan adanya kelainan pada vulva dan vagina, porsio tebal lunak pembukaan 4 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, ubun-ubun kecil kiri depan, tidak ada molase. Pukul 14.40 WITA pembukaan lengkap 10 cm. Lamanya persalinan kala I pada Ny. T. R. H adalah 17 jam dihitung dari adanya pengeluaran pervaginam berupa lendir darah dan adanya

kontraksi sampai pembukaan lengkap 10 cm. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Marmi, 2010) bahwa lamanya persalinan kala I pada primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 13 jam, 25 menit, sehingga pada Ny. T.R.H ada kesenjangan pada kala I didapatkan bahwa adanya perpanjangan kala I fase aktif.

Hasil pengkajian data subyektif dan data Obyektif ditegakkan diagnosa Ny. T.R.H G1P0A0AH0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik inpartu kala I fase aktif.

Persalinan kala I juga dilakukan gerakan asuhan sayang ibu, ibu diberi dukungan dan kenyamanan posisi, ibu memilih posisi berbaring miring ke kiri membantu janin mendapat suplai oksigen yang cukup. Selain memilih posisi ibu juga diberikan asupan nutrisi dan cairan berupa segelas teh manis hal ini dapat membantu karena pada proses persalinan ibu mudah mengalami dehidrasi (Marmi, 2012).

Selama menjalani proses kala I Ny. T.R.H diberikan dukungan penuh oleh keluarga dan penulis serta diberikan kebebasan untuk memilih posisi yang nyaman menurut ibu, dan ibu memilih untuk duduk, sehingga pembukaan tidak maju

dikarenakan pada saat memnganjurkan ibu untuk tidur miring kiri ibu tidak melakukannya tetapi ibu memilih untuk duduk dengan alasan ibu bahwa jika tidur miring kiri maka perut ibu sakit dan jika duduk sakitnya tidak terlalu. Ny.T.R.H juga diberikan minum air putih setengah gelas namun tidak mau makan.

Kala I dilakukan pemantauan kemajuan persalinan berupa tekanan darah, pembukaan serviks, dan penurunan kepala setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, nadi, kontraksi uterus, denyut jantung janin setiap 30 menit pada fase aktif. Semua hasil pemantauan dicatat didalam partograf dan hasil pemantauan melewati garis waspada, sehingga ibu di rujuk ke RSUD PROF.W.Z. Yohanes Kupang, hal ini sesuai dengan teori menurut (Marmi, 2012) patograf Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Pemantauan kala I hasil pemeriksaan tanda-tanda vital Ny.T.R.H dalam batas normal, His 2 kali dalam 10 menit lamanya 25-30 detik, DJJ 143 x/menit, dilakukan pemeriksaan dalam pukul 10.00 Wita dengan hasil pembukaan 5 cm, presentasi belakang kepala dan kepala turun hodge I. Dalam asuhan kebidanan pada Ny. T.R.H diberikan induksi

persalinaan oksitosin 10 U dalam infus RL 500 ml dengan pemberian setiap 15 menit dinaikan 4 tetes, menjadi 4,8,12,16 sampai 28, karena kontraksi adekuat dan DJJ baik sehingga dipertahankan 28 tetes per menit sampai pembukaan lengkap, hal ini sesuai dengan teori (oxford,2013) induksi persalinan diberikan pada pasien dengan preeklamsia berat dan hipertensi akibat kehamilan. Pada primigravida dapat diberikan infus oksitosin konsentrasi tinggi (10 U dalam 500 ML) (Mathai M, dkk, 2002). Mulai oksitosin dengan menaikannya sesuai kebutuhan setiap 15 menit yaitu menjadi 4,8,12,16,20,25 dan 30 mU/menit (cunningham, 2013). sehingga penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

2. Kala II

Data subjektif yang didapatkan pada pukul 14.30 WITA ibu mengatakan mulesnya semakin kuat, merasa ingin buang air besar dan adanya dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, periniun menonjol serta vulva dan sfingter ani membuka, kondisi tersebut merupakan tanda dan gejala kala II sesuai dengan teori yang tercantum dalam (buku asuhan persalinan normal, 2008). Pukul 14.30. WITA ketuban pecah spontan, berwarna jernih. Data objektif saat masa persalinan ditemukan his yang adekuat yaitu 5 kali dalam 10 menit

lamanya 45-50 detik, ketuban pecah spontan saat pembukaan lengkap, ibu terlihat akan meneran saat kontraksi, perineum tampak menonjol, vulva membuka dan tekanan pada anus. Hal ini sesuai dengan Sumarah (2009) gejala utama dari kala II adalah his semakin kuat dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran air secara mendadak, ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum, perineum menonjol, vulva, vagina dan sphingter ani membuka. Hasil pemeriksaan dalam pada tanggal 27 April 2018 adalah pembukaan 10 cm, ada pengeluaran lendir darah, tidak ditemukan adanya kelainan pada vulva dan vagina, portio tidak teraba, kandung kemih kosong, pada pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil yang normal yaitu terbaba punggung disebelah kiri, bagian terbawah janin adalah kepala dan penurunan kepala 0/5. Pemeriksaan tanda-tanda vital ditemukan adanya kelainan yaitu Tekanan Darah 140/80 mmHg, Nadi 88x/menit, Pernafasan 18x/menit dan Suhu 36,7°C, his bertambah kuat dan sering 5 kali dalam 10 menit lamanya 45-50 detik, DJJ 143 kali/menit.

Hasil pengkajian data subjektif dan objektif, didapatkan diagnosa saat memasuki fase persalinan yaitu Ny. T.R.H.

G1P0A0AH0 inpartu kala II dengan preeklamsi ringan dan perpanjangan fase aktif. Diagnosa ditegakkan berdasarkan keluhan yang disampaikan Ny.T.R.H dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Republik Indonesia no. 938/Menkes SK/VIII/2007. Berdasarkan diagnosa yang ditegakkan penulis melakukan rencana asuhan kala II yaitu mengajarkan cara ibu mengedan yang baik serta melakukan pertolongan persalinan sesuai langkah asuhan persalinan normal 60 langkah sehingga pada jam 14.40 WITA bayi lahir spontan, langsung menangis, jenis kelamin perempuan, berat badan 2500 gram, panjang badan 45 cm, apgar score 8/9, langsung dilakukan IMD pada bayi, hal tersebut sesuai dengan anjuran buku Asuhan Persalinan Normal (2008) tentang inisiasi menyusui dini (IMD) sebagai kontak awal antara bayi dan ibunya.

Persalinan kala II berlangsung 10 menit yaitu dari pembukaan lengkap pukul 14.30 wita sampai bayi lahir spontan 14.40 wita. Menurut teori dalam Marmi (2012) lamanya kala II yaitu pada primipara berlangsung 1 jam dan pada multipara $\frac{1}{2}$ jam, sehingga penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Proses persalinan Ibu

tidak ada hambatan, kelainan, namun ada perpanjangan kala I, dan kala II berlangsung dengan baik.

3. Kala III

Data subjektif yang didapatkan pada persalinan kala III jam 14.55 WITA adalah ibu mengatakan merasa senang dengan kelahiran bayinya dan perutnya terasa mules kembali, hal tersebut merupakan tanda bahwa plasenta akan segera lahir, ibu dianjurkan untuk tidak mengedan untuk menghindari terjadinya inversio uteri. Segera setelah bayi lahir ibu diberikan suntikan oksitosin 1 unit secara IM 1/3 paha kanan atas, data objektif didapatkan dari terlihatnya tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus membesar, tali pusar memanjang, terdapat semburan darah dari vagin ibu, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong. Berdasarkan pengkajian data subjektif dan obyektif ditegakkan diagnosa yaitu Ny.T.R.H P1A0AH1 inpartu kala III.

Kemudian dilakukan penegangan tali pusar terkendali yaitu tangan kiri menekan uterus secara dorsokranial dan tangan kanan memegang tali pusar dan 5 menit kemudian plasenta lahir spontan pukul 14.55 dan selaput ketuban tidak lengkap sehingga dilakukan tindakan eksplorasi untuk pembersihan sisa selaput plasenta dan didapatkan laserasi pada porsio derajat 1 dan tindakan yang dilakukan yaitu

dilakukan heacting jelujur dengan chatgut chorimc. Setelah plasenta lahir uterus ibu di masase selama 15 kali dalam 15 detik. Uterus berkontraksi dengan baik. Tindakan tersebut sesuai dengan teori manajemen aktif kala III pada (buku Panduan Asuhan Persalinan normal, 2008). Kala III pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta berlangsung selama 5 menit dengan jumlah perdarahan kurang lebih 250 cc, kondisi tersebut normal sesuai dengan teori (Sukarni, 2010) bahwa kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit dan perdarahan normal yaitu perdarahan yang tidak melebihi 500 cc. Hal ini berarti manajemen aktif kala III dilakukan dengan benar dan tepat, sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

4. Kala IV

Data subjektif didapat pada pukul 15.55 WITA dimana ibu mengatakan merasa senang karena sudah melahirkan anaknya dan perutnya masih terasa mules, namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena rasa mules tersebut timbul akibat adanya kontraksi uterus. Data objektif didapatkan dari dilakukannya pemantauan dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum, yaitu tekanan darah 140/70 mmHg, nadi 80 kali/menit, pernapasan 20 kali/meit, suhu 37⁰C, kontraksi uterus baik, TFU 1 jari dibawah

pusar, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 100 cc karena adanya laserasi di porsio arah jam 5 derajat 2, sehingga dari data subjektif dan objektif ditegakkan diagnosa inpartu kala IV, hal ini sesuai dengan teori (Sukarni, 2010) bahwa kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum.

Ny.T.R.H dan keluarga diajarkan menilai kontraksi dan masase uterus untuk mencegah terjadinya perdarahan yang timbul akibat dari uterus yang lembek dan tidak berkontraksi yang akan menyebabkan atonia uteri. Kasus Ny.T.R.H termasuk ibu bersalin normal karena persalinan merupakan proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu secara pervaginam dengan kekuatan ibu sendiri, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan adanya penyulit (Marmi, 2010) proses persalinan Ny. T.R.H berjalan dengan baik dan aman, ibu dan bayi dalam keadaan sehat serta selama proses persalinan ibu mengikuti semua anjuran yang diberikan.

4.3.3 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Asuhan segera bayi baru lahir

Kasus bayi Ny.T.R.H didapatkan bayi baru lahir spontan jam 14.40 WITA, langsung menangis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin laki-laki. Segera setelah bayi lahir,

penulis meletakkan bayi diatas kain bersih dan kering diatas perut ibu kemudian segera melakukan penilaian awal dan hasilnya normal.

Menurut (Dewi, 2010) ciri-ciri bayi baru lahir yaitu berat badan bayi normal 2500-4000 gram, hasil pemeriksaan bayi Ny.T.R.H berat badan 2500 gram dimana bayi Ny.T.R.H dikategorikan dalam Bayi dengan BBLR, panjang badan bayi 45 cm, keadaan ini normal karena panjang badan bayi normal menurut teori adalah 45-53 cm, suhu badan bayi $36,8^{\circ}\text{C}$, bayi juga tidak mengalami hipotermi karena suhu tubuh bayi yang normal yaitu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$, pernafasan bayi 48 kali/menit, kondisi bayi tersebut juga disebut normal, karena pernafasan normal bayi sesuai dengan teori yaitu 40-60 kali/menit, bunyi jantung 136 kali/menit, bunyi jantung normal yaitu 120-140 kali/menit, lingkar kepala 35 cm, kondisi tersebut normal karena sesuai dengan teori yaitu 33-35 cm, lingkar dada 30 cm lingkar dada yang normal yaitu 30-38 cm, warna kulit kemerahan, refleks hisap kuat, bayi telah diberikan ASI, tidak ada tanda-tanda infeksi atau perdarahan disekitar tali pusar, bayi belum BAB dan BAK, keadaan bayi baru lahir normal, tidak ada kelainan dan tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori.

Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir hingga 2 jam pertama kelahiran bayi Ny.T.R.H adalah membersihkan jalan nafas, menjaga agar bayi tetap hangat, inisiasi menyusui dini, beri salep mata eritromisin 0,5% pada kedua mata, suntikan vitamin Neo K 1Mg/0,5 cc intramuscular di 1/3 paha bagian luar sebelah kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini, bayi sudah diberikan injeksi vitamin K 1 mg/IM dan salep mata tetrasiklin 1%. Pemberian imunisasi hepatitis B diberikan 1jam setelah pemberian injeksi vitamin K.

2. Asuhan kebidanan neonatus hari ke 1

Kunjungan bayi baru lahir Ny.T.R.H ibu mengatakan bayi menyusu kuat dan sering, BAB dan BAK lancar. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keadaan bayi dalam keadaan sehat. Pemeriksaan bayi baru lahir 1 hari tidak ditemukan adanya kelainan, tidak ditemukan adanya tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir 1 hari post natal, keadaan bayi sehat, pernapasan 55 kali/menit, denyut jantung 122 kali/menit, suhu: 36,6°C, warna kulit kemerahan, tali pusar masih basah dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Berdasarkan data subyektif dan obyektif penulis menegakkan diagnosa yaitu bayi Ny.T.R.H neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 hari.

Asuhan yang diberikan adalah menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi, menganjurkan ibu untuk tetap

memberi ASI sesering mungkin setiap bayi menginginkannya dan susui bayi sampai payudara terasa kosong lalu pindahkan ke payudara disisi yang lain, menganjurkan ibu hanya memberikan ASI saja tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan seperti susu formula dan lain-lain (ASI eksklusif) untuk memenuhi nutrisi bayi, kekebalan tubuh dan kecerdasannya, mengingat ibu untuk menjaga kebersihan sebelum kontak dengan bayi untuk mencegah bayi terkena infeksi seperti mencuci tangan dengan sabun saat akan memegang bayi, sesudah buang air besar, dan setelah menceboki bayi, mengajurkan ibu untuk tetap merawat tali pusar bayi agar tetap bersih, kering dan dibiarkan terbuka dan jangan dibungkus, dan tidak membubuhi tali pusar dengan bedak, ramuan atau obat-obatan tradisional. Mengingatkan kembali ibu tentang tanda bahaya infeksi pada tali pusar bayi yaitu keluar darah, tubuh bayi panas, terdapat nanah, bengkak dan apabila terdapat tanda-tanda tersebut segera memeriksakan bayi ke Puskesmas dan menganjurkan ibu untuk segera ke Puskesmas apabila mengalami tanda-tanda tersebut. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015), kunjungan neonatal kedua dilakukan pada hari 3-7 hari setelah lahir dengan asuhan jaga kehangatan tubuh bayi, berikan Asi Eksklusif, cegah infeksi, perawatan tali pusar.

3. Asuhan kebidanan neonatus 7 hari

Kunjungan bayi baru lahir Ny.T.R.H ibu mengatakan bayi menyusu kuat dan sering, BAB dan BAK lancar. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keadaan bayi dalam keadaan sehat. Pemeriksaan bayi baru lahir 7 hari tidak ditemukan adanya kelainan, tidak ditemukan adanya tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir 7 hari post natal, keadaan bayi sehat, pernapasan 52 kali/menit, denyut jantung 128 kali/menit, suhu: 36,7°C, warna kulit kemerahan, tali pusar mulai mengering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Berdasarkan data subyektif dan obyektif penulis menegakkan diagnosa yaitu bayi Ny. T.R.H neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 7 hari.

Asuhan yang diberikan adalah menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi, menganjurkan ibu untuk tetap memberi ASI sesering mungkin setiap bayi menginginkannya dan susui bayi sampai payudara terasa kosong lalu pindahkan ke payudara disisi yang lain, menganjurkan ibu hanya memberikan ASI saja tanpa memberikan makanan atau miuman tambahan seperti susu formula dan lain-lain (ASI eksklusif) untuk memenuhi nutrisi bayi, kekebalan tubuh dan kecerdasannya, mengingat ibu untuk menjaga kebersihan sebelum kontak dengan bayi untuk mencegah bayi terkena

infeksi seperti mencuci tangan dengan sabun saat akan memegang bayi, sesudah buang air besar, dan setelah menceboki bayi, mengajurkan ibu untuk tetap merawat tali pusar bayi agar tetap bersih, kering dan dibiarkan terbuka dan jangan dibungkus, dan tidak membubuhi tali pusar dengan bedak, ramuan atau obat-obatan tradisional. Mengingatkan kembali ibu tentang tanda bahaya infeksi pada tali pusar bayi yaitu keluar darah, tubuh bayi panas, terdapat nanah, bengkak dan apabila terdapat tanda-tanda tersebut segera periksakan bayi ke Puskesmas dan menganjurkan ibu untuk segera ke Puskesmas apabila mengalami tanda-tanda tersebut. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015), kunjungan neonatal ketiga dilakukan pada hari 8-28 hari setelah lahir dengan asuhan jaga kehangatan tubuh bayi, berikan Asi Eksklusif, cegah infeksi, perawatan tali pusar.

4.3.4 Asuhan Kebidanan Nifas

Berdasarkan anamnesa didapatkan hasil bahwa ibu masih merasakan nyeri pada bekas jahitan pada jalan lahir, hal ini bersifat fisiologis karena pada saat ini uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil (Varney, 2008). Masa nifas Ny.T.R.H mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 5 kali pemeriksaan, kunjungan nifas pertama 1 kali yaitu 2 jam post partum.

Kunjungan nifas kedua dilakukan 2 kali yaitu 1 hari post partum dan 7 hari postpartum. Kunjungan nifas ke 3 sebanyak 1 kali yaitu postpartum 29 hari.

Kunjungan nifas pertama (2-8 jam postpartum), asuhan diberikan saat ibu memasuki nifas 2 jam. Hasil pemeriksaan yakni, tekanan darah 140/70 MmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,6°C, Pernapasan 19x/menit, wajah tidak tampak pucat namun tidak ada oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, payudara simetris, tidak ada benjolan, ada pengeluaran colostrum, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusar, genitalia ada pengeluaran lochea rubra dan ibu sudah bisa miring kanan dan kiri. Berdasarkan teori waktu kunjungan nifas I dan waktu pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. T.R.H tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek.

Kunjungan nifas kedua (6 hari setelah persalinan), kunjungan dilakukan saat Ny.T.R.H memasuki 7 hari post partum, berdasarkan teori waktu kunjungan nifas II dan waktu kunjungan yang telah dilakukan pada Ibu terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek dimana waktu kunjungan masa nifas II tidak sesuai dengan teori. Dari hasil anamnesa ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu memakan makanan bergizi, tidak ada pantangan, dan ibu istirahat yang cukup, pengeluaran

ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan bayi (Marmi, 2012). Data objektif yang didapatkan yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 82x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36,6°C, TFU tidak teraba, kontraksi uterus baik, lochea sanguinolenta, warna putih bercampur merah, kandung kemih kosong. Hal ini sesuai yang dikemukakan oleh Dian dan Yanti (2011) bahwa pengeluaran lochea pada hari ketiga sampai hari ketujuh adalah lochea sanguinolenta, warna putih bercampur merah karena merupakan sisa lendir dan darah. Asuhan yang diberikan yaitu merawat bayi, mencegah infeksi serta memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta perawatan payudara. Hasil pemantauan tidak ada kesenjangan dengan teori.

Kunjungan nifas ketiga (29 hari setelah persalinan), kunjungan dilakukan saat Ny.T.R.H memasuki 29 hari post partum dan pada saat Ny.T.R.H memasuki 40 hari post partum, berdasarkan teori waktu kunjungan nifas III dan waktu kunjungan yang telah dilakukan pada Ibu terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek dimana waktu kunjungan masa nifas III tidak sesuai dengan teori. Dari hasil anamnesa ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu memakan makanan bergizi, tidak ada pantangan, dan ibu istirahat yang cukup, pengeluaran ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai

dengan kebutuhan bayi (Marmi, 2012). Data objektif yang didapatkan yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 82x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36,6°C, TFU tidak teraba, kontraksi uterus baik, sesuai yang dikatakan oleh Ambarwati (2010) bahwa pada hari lebih dari hari ke-14 post partum tinggi fundus tidak teraba dan pengeluaran lochea alba serta tidak berbau, yang menurut teori mengatakan bahwa hari lebih dari hari ke-14 post partum pengeluaran lochea alba berwarna putih. Hal ini berarti uterus berkontraksi dengan baik dan lochea dalam batas normal. Asuhan yang diberikan yaitu kaji asupan nutrisi, pemberian ASI dan menjaga kehangatan bayi selain itu memberitahu ibu untuk terus menyusui bayinya karena dapat menjadi kontrasepsi yaitu kontrasepsi MAL untuk menunda kehamilan dan menganjurkan ibu untuk menggunakan salah satu alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan. Hasil pemantauan tidak ada kesenjangan dengan teori.

4.3.5 Asuhan Kebidanan KB

Pada kunjungan nifas yang ketiga yaitu 42 hari post partum, ibu mengatakan ingin menggunakan KB. Riwayat pemakaian ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya. ibu ingin berkonsultasi agar dapat memakai alat kontrasepsi. Ibu mengatakan saat ini belum mendapat haid, ibu masih menyusui bayinya setiap 2-3 jam sekali atau tiap bayi ingin,

bayi hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman lain, dan ibu belum menggunakan KB karena masih menunggu haid. Hasil pemeriksaan TTV yaitu suhu 37 °C, nadi 82 x/menit, tekanan darah 120/80 mmHg, pernapasan 18 x/menit.

Berdasarkan kajian subjektif dan objektif tersebut maka diagnosa yang dapat ditegakkan yaitu Ny.T.R.H P1A0AH1 akseptor kontrasepsi MAL. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dimana pada kunjungan nifas ketiga yaitu 42 hari post partum ibu sudah bisa untuk menggunakan alat kontrasepsi seperti suntikan, implant maupun IUD.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan manajemen kebidanan dengan menggunakan pendekatan berkelanjutan dan pendokumentasian secara 7 langkah Varney dan SOAP pada Ny.T.R.H dari kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir yang dimulai pada tanggal 05 Maret – 28 Maret 2018, maka dapat disimpulkan:

1. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kehamilan kepada Ny.T.R.H pada tanggal 05 Maret – 06 Juni 2018. Pada hasil pemeriksaan tidak ditemukan adanya kelainan pada tanda-tanda vital dan Hb 11 gr%. Penulis melakukan asuhan yaitu KIE mengenai tanda bahaya dalam kehamilan, persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, konsumsi makanan bergizi dan minum obat secara teratur, dari asuhan yang diberikan tidak ditemukan adanya kelainan atau komplikasi pada ibu hamil dan bayi saat kehamilan.
2. Mahasiswa mampu melakukan asuhan persalinan sesuai 60 langkah APN pada Ny.T.R.H dengan kehamilan 39 minggu 1 hari tanggal 27-04-2018 pada saat persalinan kala I, kala II, kala III dan kala IV dimana pada saat persalinan terjadi laserasi perineum derajat II tapi segera ditangani sesuai dengan kewenangan bidan yaitu penjahitan laserasi dan selain itu tidak ditemukan adanya

penyulit lain, persalinan berjalan dengan normal tanpa disertai adanya komplikasi.

3. Mahasiswa mampu melakukan asuhan pada ibu nifas yang dilakukan pada 2 jam post partum hingga memasuki 6 minggu post partum, selama pemantauan tidak ditemukan tanda bahaya dan komplikasi masa nifas. Masa nifas berjalan dengan normal.
4. Mahasiswa mampu melakukan asuhan pada bayi baru lahir Ny.T.R.H dengan jenis kelamin Perempuan, berat badan 2500 gr, panjang badan 45 cm, IMD berjalan lancar selama 1 jam, bayi menetek kuat, bergerak aktif dan ASI yang keluar banyak. Selain itu juga dilakukan pemantauan pada 3 hari pertama hingga hari ke 49 atau memasuki 6 minggu. Pada bayi baru lahir tidak ditemukan adanya kelainan pada tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik dan tidak ditemukan adanya penyulit, asuhan yang diberikan ASI eksklusif, perawatan tali pusat, personal hygiene, dan pemberian imunisasi.

5.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan/STIKes Citra Husada Mandiri Kupang Prodi Kebidanan

Dapat digunakan sebagai sumber bacaan untuk tugas akhir selanjutnya atau dijadikan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan khususnya untuk pelaksanaan asuhan kebidanan

komprehensif agar dapat menghasilkan lulusan bidan yang berkualitas dan berkompeten di bidangnya.

2. Bagi Lahan Praktek/Puskesmas Bakunase

Asuhan yang sudah diberikan pada klien sudah cukup baik dan hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan agar dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai dengan standar asuhan kebidanan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan teori mulai dari kehamilan, persalinan, nifas BBL dan KB

3. Bagi Profesi Bidan

Asuhan Kebidanan Komprehensif merujuk pada asuhan yang berkelanjutan dari ANC sampai KB sehingga Studi Kasus ini dapat dijadikan sebagai bahan untuk penelitian selanjutnya dan diharapkan dapat meningkatkan etos kerja profesi bidan yang sesuai dengan kewenangan bidan dan diharapkan dapat lebih membuat pertimbangan antara teori dan praktik dalam asuhan yang akan diberikan agar tidak terjadi kesenjangan

4. Bagi Penulis

Agar mahasiswa mendapatkan pengalaman dalam mempelajari kasus pada saat praktik dalam bentuk manajemen 7 langkah Varney dan SOAP serta dapat menerapkan asuhan sesuai standar pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewenangan bidan yang telah diberikan pada profesi bidan serta

diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif terhadap klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, E, R, Diah, W. 2010 *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Bandiyah, S. 2009. *Kehamilan Persalinan Gangguan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Cunningham, FG, ET, AL 2013. *Obstetri Williams (Williams Obstetri)*. Jakarta: EGC
- Dewi, Vivian Nanny Lia. 2010, *Asuhan Neonatu Bay Dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika
- Depkes RI. *Profil Kesehatan Dasar Tahun 2011*. SDKI RI. 2002
- Erna, Setyaningrum. 2016. *Program KB di Indonesia*. Jakarta: Trans Info Media
- Kristianasari, Weni. 2010. *Gizi Ibu Hamil*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Manuba, Ida Bagus Gede. 2010. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan KB*. Jakarta: EGC
- _____. 2010. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan KB Untuk Pendidikan Bidan Ed2*. Jakarta: EGC.
- Manuba, dkk. 2012. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC
- Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- _____. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas "Puerperium Care"*. Yogyakarta: PustakaPelajar
- _____. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Edisi 7*. Yogyakarta: Penerbit pelajar
- _____. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil*. Yogyakarta: Penerbit Pelajar
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineke Cipta.
- Nugroho dkk, 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika

- Nugroho, dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Oxorn H, Wiliam R, Forte. 2010. *Ilmu Kebidanan, Patologi San Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentaia Medika (YEM)
- Prawiroharjo, Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan*, Edisi ke-3, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Profil Dinkes Kab/Kupang Se-Prov NTT. 2015. *Profil Kesehatan prov NTT tahun 2013*. Dinkes prov NTT
- Profil Dinkes Kota Kupang. 2015. *Profil Kesehatan Dinkes Kota Kupang tahun 2012*. Dinkes Kota Kupang
- Profil Kesehatan Puskesmas Kupang Kota, 2018. *Profil Kesehatan Puskesmas Kota Kupang tahun 2017*. Puskesmas Kota Kupang
- Purwoastuti, Endang dan Elisabet Siwi Walyani. 2015. *Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru
- _____. 2014. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: PustakaBaru
- Romauli, S. 2011. *Buku Ajar Kebidanan Konsep Dasar asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Rochjati, Poedji. 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya: Air langga University Press
- Saifuddin, AB. 2002. *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- _____. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- _____. 2009. *Ilmu Kebidanan. Edisi kedua*. Jakarta: YBPSP
- _____. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohadjo
- _____. 2014. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal*. Jakarta: YBPSP
- SDKI. 2012 *Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2011*. SDKI
- Setyaningrum, Erna. 2016. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta : Permata
- Sulistyawati, Ari. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- _____. 2011. *Asuhan Kek 1 Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika

- Syafrudin Dan Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Varney, Hellen. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Edisi Keempat. Jakarta: EGC
- Vivian, Nany Lia Dewi. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Jakarta: Salemba Medika

SURAT PERSETUJUAN

Judul : asuhan kebidanan komperhensif pada Ny. T.R.H di
Puskesmas Kupang Kota periode 05 Maret 2018 sampai
dengan 01 april 2018

Peneliti : Miriam Mita Kalemudji

saya yang Bertanda tangan dibawa ini:

Nama : Ny. Thabita Raja Hau

Umur : 29 Tahun

Alamat : Airnona

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia untuk menjadi pasien dalam asuhan kebidanan secara berkelanjutan yang dilaksanakan oleh Mahasiswa DIII Kebidanan STIKES CHMK atas nama MIRIAM MITA KALEMUDJI untuk memenuhi penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA). sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian ini dan mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya.

Demikian surat ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun dan apabila dikemudian hari ditemukan adanya ketidakbenaran maka saya bersedia mendapatkan sangsi hukum sesuai aturan yang berlaku

kupang, 18 april 2018

Responden



Thabita Raja Hau.

PARTOGRAF		CATATAN PERJALANAN	
No. Register		Nama Ibu	MYT R H
No. Puskesmas		Umur	29 Tahun
		Tanggal	27-09-2018
		Jam	01.15 WITA
Ketuban Pecah sejak jam :		Mules Sejak jam :	21.00 (26/09/2018)
Denyut Jantung Janin			
Air Ketuban Penyusupan			
Penurunan serviks (cm) berlandak x			
Kontraksi			
Oksitosin U/L Tetes / menit			
Obat dan Cairan IV			
Nadi			
Tekanan Darah			
Suhu °C			
Urine			

CATATAN PERSALINAN	CATATAN KELAHIRAN BAYI																																																																																																														
1 Tanggal : 21 April 2018 2 Usia kehamilan : 39 minggu Prematur Aterm Postmatur 3 Letak : Kepala 4 Persalinan : Normal Tindakan Seksio 5 Nama bidan : Melasiana 6 Tempat persalinan : <input type="checkbox"/> Rumah Ibu <input type="checkbox"/> Puskesmas <input type="checkbox"/> Polindes <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Klinik Swasta Lainnya : 7 Alamat tempat persalinan : 8 Catatan : rujuk, kala I / II / III / IV 9 Alasan merujuk : IBU/BAYI 10 Tempat rujukan : RSUD Dr. G. W. J. Yogyakarta 11 Pendamping pada saat merujuk : <input checked="" type="checkbox"/> Bidan <input type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> kader <input type="checkbox"/> lain2	1 Jenis Kelamin : LK PR 2 Saat Lahir : Jam Hari Tanggal 3 Bayi : Lahir hidup : Lahir mati : 4 Penilaian : (Tandul V ya x tidak) Bayi napas spontan teratur Gerakan aktif/tonus kuat Alir ketuban Jernih 5 Asuhan bayi Keringkan dan hangatkan Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka Inisiasi Menyusui Dini < 1 jam Vit K 1 mg di paha kiri atas Salo mata/tetes mata 6 Apakah Bayi di Resusitasi? YA TIDAK Jika YA tindakan : Langkah awal menit ventilasi selama menit Hasilnya : Berhasil / Dirujuk / Gagal 7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan YA TIDAK 8 Kapan bayi mandi : Jam setelah lahir 9 Berat Badan Bayi : Gram																																																																																																														
KALA I 1 Partograf melewati garis waspada : Ya / Tidak 2 Masalah lain : sebutkan : 3 Penatalaksanaan masalah tersebut : 4 Hasilnya : KALA II 1 Episiotomi <input type="checkbox"/> Ya, Indikasi <input type="checkbox"/> Tidak 2 Pendamping pada saat persalinan : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> lain2 <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> kader 3 Gawat Janin : <input type="checkbox"/> Ya, tindakan : <input type="checkbox"/> Tidak 4 Distosia bahu <input type="checkbox"/> Ya, tindakan : <input type="checkbox"/> Tidak 5 Masalah lain sebutkan 6 Penatalaksanaan masalah tersebut 7 Hasilnya	KALA III 1 Lama kala III : menit 2 manajemen Aktif kala III : <input type="checkbox"/> Oksitocin 10 IU IM dalam waktu menit <input type="checkbox"/> Peregang Tali Pusat Terkendali <input type="checkbox"/> Masase Fundus Uteri 3 Pemberian ulang Oksitocin 10 IU IM yang kedua ? <input type="checkbox"/> Ya, Alasan <input type="checkbox"/> Tidak 4 Plasenta lahir Lengkap (Intact) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika TIDAK, tindakan 5 Plasenta tidak lahir > 30 menit <input type="checkbox"/> YA, Tidak 6 Laserasi <input type="checkbox"/> YA, Tidak Jika YA, dimana derajat 1 2 3 4 Tindakan 7 Atonia Uteri <input type="checkbox"/> YA Tidak Jika YA tindakan 8 Jumlah perdarahan ml Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan																																																																																																														
PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>WAKTU</th> <th>TENSI</th> <th>NADI</th> <th>SUHU</th> <th>FUNDUS UTERI</th> <th>KONTRAKSI</th> <th>PERDARAHAN</th> <th>KANDUNG KEMIH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH																																																																																																						
WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH																																																																																																								
PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>WAKTU</th> <th>PERNAFASAN</th> <th>SUHU</th> <th>WARNA KULIT</th> <th>GERAKAN</th> <th>ISAPAN ASI</th> <th>TALI PUSAT</th> <th>KEJANG</th> <th>BAB</th> <th>BAK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		WAKTU	PERNAFASAN	SUHU	WARNA KULIT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK																																																																																																				
WAKTU	PERNAFASAN	SUHU	WARNA KULIT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK																																																																																																						

Tanda Bahaya : ☐ Ibu ☐ Bayi

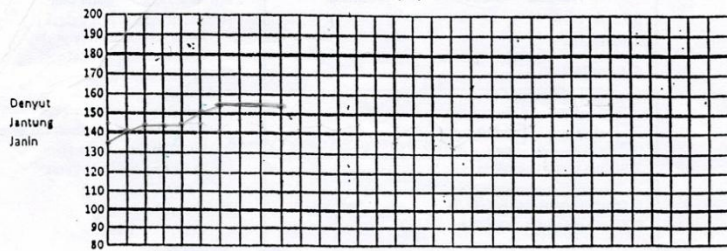
Tindakan (jelaskan dicatat kasus)

☐ Dirujuk ☐ Tidak dirujuk

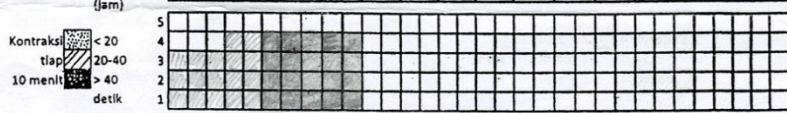
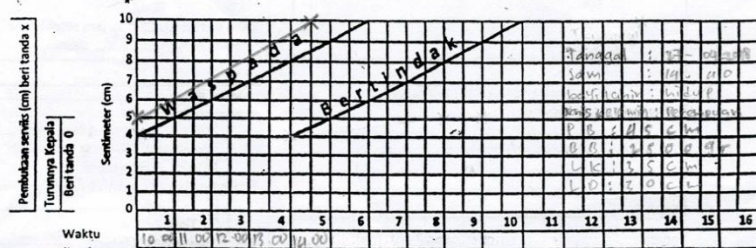
PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu W.T.R.H. Umur 28 Tahun G I P 0 A 0
 No. Puskesmas Tanggal 27-09-2018 Jam 10.00 wita

Ketuban Pecah sejak Jam : Mules Sejak Jam : 21.00 (26/09/2018)

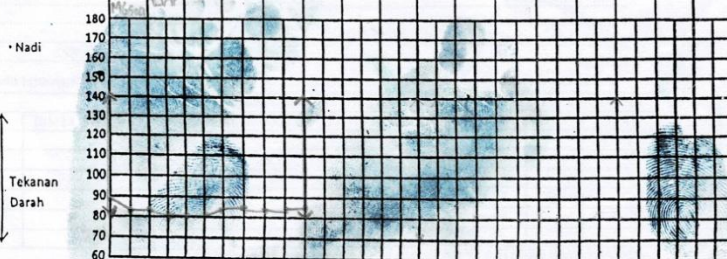


Air Ketuban Penyusupan



Oksitosin U/L Tetes / menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urine {
 - Protein:
 - Aseton:
 - Volume:

Hydrasi

CATATAN PERSALINAN		CATATAN KELAHIRAN BAYI							
1 Tanggal: <u>07-11-2018</u> 2 Usia kehamilan: <u>34 minggu</u> Prematur <input checked="" type="checkbox"/> Aterm <input checked="" type="checkbox"/> Posmatur 3 Letak: <u>kepala</u> 4 Persalinan: <u>Normal</u> Tindakan <u>Seksis</u> 5 Nama bidan: <u>Indah</u> 6 Tempat persalinan: <input type="checkbox"/> Rumah Ibu <input type="checkbox"/> Puskesmas <input type="checkbox"/> Polindes <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Klinik Swasta <u>Lainnya: RSUP. Prof. Dr. Z. Yulianto</u> 7 Alamat tempat persalinan: <u>...</u> 8 Catatan: <u>rujuk kala I / II / III / IV</u> 9 Alasan merujuk: <u>IBU/BAYI</u> 10 Tempat rujukan: <u>...</u> 11 Pendamping pada saat merujuk: <input type="checkbox"/> Bidan <input type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> kader <input type="checkbox"/> lain2	1 Jenis Kelamin: <u>LK (PR)</u> 2 Saat Lahir: Jam <u>10.40</u> Hari <u>...</u> Tanggal <u>22-09-2018</u> 3 Bayi: Lahir hidup: <input checked="" type="checkbox"/> Lahir mati: <input type="checkbox"/> 4 Penilaian: (Tanda) <input checked="" type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak Bayi napas spontan teratur <input checked="" type="checkbox"/> Gerakan aktif/tonus kuat <input checked="" type="checkbox"/> Air ketuban jernih <input checked="" type="checkbox"/> 5 Asuhan bayi: Keringkan dan hangatkan <input checked="" type="checkbox"/> Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka <input checked="" type="checkbox"/> Inisiasi Menyusul Dini < 1 jam <input checked="" type="checkbox"/> Vit K 1 mg di paha kiri atas <input checked="" type="checkbox"/> Salp mata/tetes mata <input checked="" type="checkbox"/> 6 Apakah Bayi di Resusitasi? YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input checked="" type="checkbox"/> Jika YA tindakan: Langkah awal <u>...</u> menit ventilasi selama <u>...</u> menit Hasilnya: Berhasil / Dirujuk / Gagal 7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input checked="" type="checkbox"/> 8 Kapan bayi mandi: <u>...</u> Jam setelah lahir 9 Berat Badan Bayi: <u>2500</u> Gram								
KALA I 1 Partograf melewat garis waspada: Ya / Tidak <input checked="" type="checkbox"/> 2 Masalah lain: <u>sebutkan</u> 3 Penatalaksanaan masalah tersebut: <u>...</u> 4 Hasilnya: <u>...</u> KALA II 1 Episiotomi <input type="checkbox"/> Ya, Indikasi <u>...</u> <input type="checkbox"/> Tidak 2 Pendamping pada saat persalinan: <input checked="" type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> dukun <input type="checkbox"/> lain2 <input type="checkbox"/> Keluarga <input checked="" type="checkbox"/> kader 3 Gawat Janin: <input type="checkbox"/> Ya, tindakan: <u>...</u> <input type="checkbox"/> Tidak 4 Distosia bahu <input type="checkbox"/> Ya, tindakan: <u>...</u> <input type="checkbox"/> Tidak 5 Masalah lain sebutkan: <u>distosia bahu + PEB</u> 6 Penatalaksanaan masalah tersebut: <u>penatalaksanaan distosia bahu MGS</u> 7 Hasilnya: <u>normal</u>	KALA III 1 Lama kala III: <u>...</u> menit 2 manajemen Aktif kala III: <input checked="" type="checkbox"/> Oksitosin 10 IU IM dalam waktu <u>...</u> menit <input type="checkbox"/> Peregang Tali Pusat Terkendali <input type="checkbox"/> Masase Fundus Uteri 3 Pemberian ulang Oksitosin 10 IU IM yang kedua? <input type="checkbox"/> Ya, Alasan <u>...</u> <input type="checkbox"/> Tidak 4 Plasenta lahir Lengkap (intact) <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Jika TIDAK, tindakan <u>...</u> 5 Plasenta tidak lahir > 30 menit <input type="checkbox"/> YA <input checked="" type="checkbox"/> Tidak 6 Laserasi <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Jika YA, dimana <u>...</u> derajat <u>1 2 3 4</u> Tindakan: <u>...</u> 7 Atonia Uteri <input type="checkbox"/> YA <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Jika YA tindakan <u>...</u> 8 Jumlah perdarahan <u>...</u> ml Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan								
PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua									
WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH		
14.55	100/70	80	36.6	10cm di atas	Baik	Kesempitan	10 cc		
15.10	100/70	80	36.6	10cm di atas	Baik	Kesempitan			
15.25	100/70	80	36.6	10cm di atas	Baik	Kesempitan			
15.40	100/70	80	36.6	10cm di atas	Baik	Kesempitan	10 cc		
16.10	100/70	80	36.6	10cm di atas	Baik	Kesempitan	10 cc		
16.40	100/70	80	36.6	10cm di atas	Baik	Kesempitan	10 cc		
PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua									
WAKTU	PERUANGKAN	SUHU	NADI	GERAKAN	ISAPAN ASI	TAU PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
14.55	147	36.5	140	Aktif	Baik	Besah	Tidak ada	Berwarna	Berwarna
15.10	147	36.5	140	Aktif	Baik	Besah	Tidak ada	Berwarna	Berwarna
15.25	147	36.5	140	Aktif	Baik	Besah	Tidak ada	Berwarna	Berwarna
15.40	147	36.5	140	Aktif	Baik	Besah	Tidak ada	Berwarna	Berwarna
16.10	147	36.5	140	Aktif	Baik	Besah	Tidak ada	Berwarna	Berwarna
16.40	147	36.5	140	Aktif	Baik	Besah	Tidak ada	Berwarna	Berwarna

Tanda Bahaya: ☐ Ibu ☐ Bayi
 Tindakan (jelaskan dicatat kasus)

CATATAN INDUKSI OCXYTOSIN

JAM	DENYUT JANTUNG JANIN	KONTRAKSI	TETES PER MENIT
11.00	144	3x10 menit dengan durasi 30-35"	4
11.15	144	3x10 menit dengan durasi 30-35	8
11.30	144	3x10 menit dengan durasi 30-35	12
11.45	144	3x10 menit dengan durasi 30-35	16
12.00	148	4x10 menit dengan durasi 30-35	20
12.15	146	4x10 menit dengan durasi 30-35	24
12.30	150	4x10 menit dengan durasi 40-45	28
12.45	157	4x10 menit dengan durasi 40-45	28
13.00	155	4x10 menit dengan durasi 40-45	28
13.15	155	4x10 menit dengan durasi 40-45	28
13.30	155	4x10 menit dengan durasi 40-45	28
13.45	150	4x10 menit dengan durasi 40-45	28
14.00	155	4x10 menit dengan durasi 40-45	28
14.15	150	4x10 menit dengan durasi 40-45	28
14.30	155	4x10 menit dengan durasi 40-45	28
14.45	150	4x10 menit dengan durasi 40-45	28

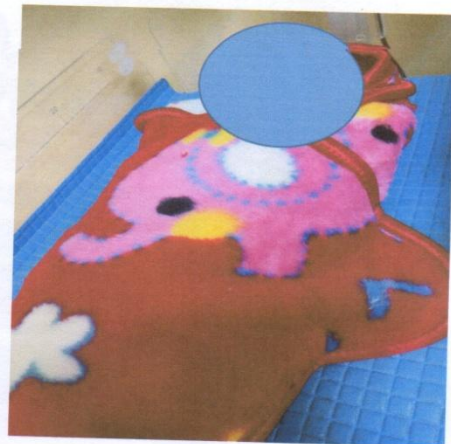
SKOR POEDJI ROCHJATI

I K E L F · R	II N O.	III Masalah/Faktor Resiko	IV SKOR	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
				Skor Awal Ibu Hamil			
			2				
I	1.	Terlalu muda, hamil <16 tahun	4				
	2.	Terlalu tua, hamil 1 >35 tahun	4				
	3.	Terlalu cepat hamil lagi (<2 tahun)	4				
	4.	Terlalu lama hamil lagi (>10 tahun)	4				
	5.	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4				
	6.	Terlalu tua, umur >35 tahun	4				
	7.	Terlalu pendek <145 cm	4				
	8.	Pernah gagal kehamilan	4				
	9.	Pernah melahirkan dengan : . Tarikan tang/vakum	4				
		. Uri dirogoh	4				
		. Diberi infus/Transfusi	4				
	10.	Pernah operasi sesar	8				
II	11.	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria	4				
		b. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e.Kencing Manis (Diabetes)	4				
		a. Penyakit Menular Seksual	4				
	12.	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13.	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14.	Hamil kembar air (hydramnion)	4				
	15.	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16.	Kehamilan lebih bulan	4				
	17.	Letak sungsang	8				
	18.	Letak lintang	8				
III	19.	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20.	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8				

sumber: Rochyati, 2003

DOKUMENTASI









SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG

JL. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang

Telp/Faks. (62-0380) 8553961/855390, Email: stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : MIRIAM M. KALEMUOTI

NIM : 152 111 083

Pembimbing II : REGIMA FRANS, SST

No	Hari/tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1.	Kelompok 26/03/2018	BAB IV	revisi	R
2	17/10-18	BAB IV - V	revisi	R
3	17/11-18		Ace	R

JADWAL KUNJUNGAN RUMAH (HOME CARE)








MAHASISWA DII KEBIDANAN SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN CITRA HUSADA MANDIRI

KUPANG

NAMA MAHASISWA : MIRIAM MITA KALEMUOTI

NAMA PASIEN : MY. T. R. H.

JUDUL : Asuhan Kebidanan komprehensif pada MY. T. R. H.
di puskesmas kupang kota periode 01 Maret
sampai dengan 01 april 2018.

No	Hari/tanggal	Kunjungan/tempat tinggal	Tanda tangan
1.	18. april 2018	untuk pengkajian dan pemeriksaan kehamilan (rumah MY. T. R. H)	
2.	20 april 2018	Mendampingi MY. T. R. H melakukan pemeriksaan di puskesmas	
3.	26-27 april 2018	Membantu ibu dalam proses persalinan dari PKM Bakwas ke RSUD W. Z. Soeharto.	
4.	28 april 2018	KM dan KF I (RSUD W. Z. Soeharto)	
5.	05 Mei 2018	KM dan KF 2 (puskesmas Kupang kota)	
6.	26 Mei 2018	kunjungan nifas 28 hari PP di rumah MY. T. R. H.	
7.	06 Juni 2018	untuk KIE KB yang akan di gunakan rumah MY. T. R. H.	
8.			



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Telp/faks. (62-0380) 8553961/8553590, Email: stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSUL REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Miriam Mita Kalemudji

NIM : 152111083

Penguji : Frida S. Pay, SST., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf
1.	21/02/2019	1. Bab 1 - V 2. Pokok Pembahasan MESSO4 3. Score Podji R. 4. Bayhan, Hanieke puyah.	
2.	13/3/2019	1. Teknik Pengambilan 2. MESSO4 & pahami 3. Score Podji no chyah.	
3.	14/03/2019		



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Telp/faks. (62-0380) 8553961/8553590, Email: stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSUL REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswi : MIRIAM MITA KALEMUDJI
NIM : 152111083
Pembimbing II : Regina Frans, SST.

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf
1	30/4-19	BAB I - II Revisi	
2	24/5/2019	Judul	
3	28/5 2019	Acc.	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Telp/faks. (62-0380) 8553961/8553590, Email: stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSUL REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Miriam Mita Kalemudji
NIM : 152111083
Penguji : Theresia Mindarsih SST, M. Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing I	Paraf
1	Sabtu 23-3-2019	Bab - Daftar pustaka	- Skor - Permenkes - Kerangka Kerja - Daftar pustaka	
2	Kamis 20-3-2019	Bab I - Daftar pustaka.		
3	30-03-2019	Cover Bab I → Lampiran		
4	Kamis 4-4-2019	cover, bab II Acr		

